This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

**Usage guidelines**

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

**About Google Book Search**

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

**A propos de ce livre**

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

**Consignes d'utilisation**

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

**À propos du service Google Recherche de Livres**

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
R472 .L34 1868
Traite des angines. STOR
24503363127

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
R472 .L34 1868
Traite des angines. STOR
24503363127

29C

PRESENTED

TO THE

THE PROPERTY OF THE NEW YORK HOSPITAL. NOV 14 1891

New York Hospital Library

by Dr Frank P. Foster

LANE

MEDICAL LIBRARY

SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY 1885

LEVI COOPER LANE FUND

# TRAITÉ DES ANGINES

PARIS. — IMP. VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.

P. 111

# TRAITÉ
# DES ANGINES

LANE LIBRARY

PAR

LE Dr CH. LASÈGUE

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HOPITAL NECKER, ETC.

LANE MEDICAL LIBRARY
14376
SAN FRANCISCO

THE PROPERTY OF THE
NOV
14
189
NEW YORK HOSPITAL.

PARIS

P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET Jne ET LABÉ

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1868

EW

LANE LIBRARY

R472
L34
1868

# INTRODUCTION

Ce livre n'a rien emprunté à ce qu'on est convenu d'appeler l'esprit de la médecine moderne; fondé sur l'observation des malades, il entre de plain-pied dans la pratique, sans avoir eu à franchir les hauteurs d'une théorie.

Aucun homme mêlé de près ou de loin au mouvement scientifique n'a le droit de méconnaître la grandeur des progrès accomplis de notre temps; mais à côté, sinon au-dessus des méthodes expérimentales, l'observation clinique garde une place qu'on pourra lui contester, qu'on ne lui ravira jamais. Insuffisante dans toutes les maladies qui aboutissent à des productions adventices ou qui se terminent fatalement par la mort, l'observation du malade est la seule méthode qui s'applique aux affections curables, destinées à disparaître sans laisser après elles des matériaux d'étude.

Insister sur l'autorité de l'observation clinique, ce serait donner à croire qu'elle a besoin d'une justification ou d'une excuse; l'admettre à l'exclusion des autres procédés de recherches, ce serait nier la nécessité où nous sommes de profiter de toutes les ressources dont dispose notre intelligence.

Aussi bien, n'ayant abordé dans le cours de ce traité aucune question de principes, je tiens à ce que les prolégomènes se renferment également dans les étroites limites d'un simple exposé. Je me bornerai donc à indiquer le but que je me suis

proposé, les moyens par lesquels j'ai espéré l'atteindre, et surtout à signaler les lacunes que j'ai laissées, ou de parti pris, ou parce que l'expérience me faisait défaut.

---

Tous les médecins [illegible] que l'histoire des angines n'a épuisé ni la curiosité ni le zèle des observateurs. En dehors des traités généraux de pathologie et de quelques monographies peu nombreuses, il n'existe pas un seul livre expressément consacré à l'étude des maux de gorge. L'[illegible] [illegible] une place [illegible] que restreinte, elle [illegible] [illegible] communément observées on en trouve de plus [illegible] et de plus [illegible] que les [illegible].

J'[illegible] justement parce que les affections [illegible] l'objet d'études [illegible] que j'ai cru devoir les [illegible] une nouvelle monographie [illegible] quelques chapitres d'une [illegible].

I[illegible] pour lesquelles les affections [illegible] meilleur crédit près des [illegible] l'auteur qui se résout à écrire un [illegible] extrêmes qui [illegible] à mesure [illegible] s'accumuler et [illegible] originale, ou au [illegible] documents, et comme [illegible] jusqu'à quel [illegible] faute d'un suffisant [illegible].

Telle est la sensation que j'ai éprouvée après avoir mis à contribution, pour cette enquête longue et infructueuse, tous les journaux, toutes les collections françaises et étrangères, tous les livres généraux où j'espérais trouver une donnée nouvelle. Les mémoires spéciaux sont plus que rares; les faits même, rapportés sans commentaires, se comptent par vingtaines; et encore combien sont observés assez soigneusement pour mériter d'être invoqués!

---

L'histoire pathologique des angines, si elle valait, à l'exclusion de la diphthérie, la peine d'être esquissée, pourrait se diviser en trois périodes:

La première s'étendant des écrits hippocratiques à Arétée; la seconde, après une longue intermission, comprenant le XVII^e^ et le XVIII^e^ siècle; la troisième, toute contemporaine, et dont le début, car c'est une justice à rendre au maître, daterait de l'enseignement de Bretonneau.

Si on laisse de côté les anciens, qui après la lecture des écrivains plus récents, n'ont rien à nous apprendre sur ce sujet, on voit la théorie générale des angines se constituer, conformément aux mœurs médicales des derniers siècles, avec les seules données fournies par les épidémies. Au milieu d'observations vraies, le plus souvent superficielles, où l'état général des malades absorbe l'état local, on trouve quelques utiles enseignements. Les descriptions, et jamais on n'a su mieux figurer l'aspect d'une maladie qu'à cette époque, les descriptions sont entachées d'un défaut capital ; le terme extrême de la lésion sert à la caractériser, et sous le nom de mal de gorge, malin, putride ou gangréneux, on réunit toutes les

je citerai celle de mon élève et ami le Dr Féron, des mémoires originaux insérés en petit nombre dans divers recueils périodiques, les articles composés pour les dictionnaires en voie de publication, contribuèrent également à l'avancement de nos connaissances.

A l'étranger, en dehors des indications contenues dans les traités généraux et surtout dans quelques-uns des livres sur la syphilis et des recherches importantes de Green sur la pharyngo-laryngite, on trouvera peu de travaux intéressants.

Le lecteur voudra bien s'expliquer ainsi la rareté des citations et l'absence d'un *Index auctorum*, qui n'eût pu servir qu'à rendre plus saisissante l'exiguïté des matériaux.

---

Malgré les progrès accomplis depuis un demi-siècle, je ne crois pas que la connaissance des affections angineuses soit, même chez nous où elle a relativement trouvé le plus d'accès, assez répandue pour suffire aux simples nécessités de la pratique. Je n'en veux pour exemples que les relations des épidémies récentes d'angines non croupales : peu ont été publiées, beaucoup sont soumises presque chaque année au jugement de l'Académie de médecine. Ceux qui puiseront à cette source, qui devrait être si féconde, verront combien les observateurs sont encore loin de s'entendre, même sur les premiers éléments de la classification ou sur les rudiments de la nomenclature.

L'opinion publique aidant et prenant comme toujours les choses par leurs pires côtés, un certain nombre de médecins ont, sans doute à leur insu, continué les idées du XVIIIe siècle;

seulement au lieu de la gangrène c'est le croup qui est devenu l'aboutissant possible et redouté de la plupart des maux de gorge. Moins on est expérimenté, plus on incline à devenir pessimiste. C'est au moins une façon de couvrir sa responsabilité.

Borsieri, dans le chapitre *de Angina* de ses institutions de médecine pratique, raconte malicieusement l'anecdote suivante : Appelé dès les premiers jours de la maladie près de l'unique héritier d'une riche et noble famille, un enfant de sept ans, atteint d'angine maligne, un homme éprouvé par une longue pratique, à la fois médecin et chirurgien illustre, ne put se défendre de recevoir avec un éclat de rire un jeune confrère qui avait jugé sainement de la nature et du danger de la maladie. Il repoussa dédaigneusement les scarifications proposées par le jeune médecin sur les amygdales où s'était développée une tache blanche, en même temps que s'éteignaient la douleur et la gêne de la déglutition. Deux jours plus tard, le mal ayant amené la strangulation du larynx, et le visage étant devenu livide et cadavérique, il fut stupéfait de voir la mort s'acheminer sans laisser d'espérance. Alors foudroyé par la nouveauté du fait, il pria doucement et poliment le jeune homme, à l'insu de tous les familiers, de lui indiquer les auteurs qui avaient parlé d'une forme d'angine si pernicieuse.

Peut-être écrivant de nos jours, Borsieri eût-il jugé à propos de renverser les termes et de retourner la morale de son apologue.

Pour mon compte, j'ai vu peu de croups méconnus, et c'est une justice à rendre à notre génération médicale qu'elle se laisse rarement surprendre. Par contre, combien de fois ai-je eu à tempérer un diagnostic menaçant doublé des angoisses

d'une famille, lorsqu'il s'agissait d'une angine diphthéroïde peu dangereuse ou d'une simple éruption avec fausse membrane exempte de tout péril.

---

Les angines dont j'ai esquissé de mon mieux les symptômes sont pour la plupart essentiellement curables. De notre temps, il n'est pas sans quelque hardiesse de concentrer sa prédilection sur des maladies dont l'histoire ne se complète pas par une autopsie. L'anatomie pathologique a accompli de telles merveilles, elle a dépassé de tant de coudées l'observation clinique toujours hésitante, que des descriptions sans contrôle semblent au-dessous des nécessités et même des obligations de la science.

Les praticiens, auxquels les ressources hospitalières sont interdites, me sauront peut-être quelque gré non-seulement de n'avoir pas reculé devant l'ingratitude de la tâche, mais d'avoir, dans ma pleine liberté, choisi un ordre d'études que je savais en défaveur.

Entre le savant et l'homme pratique, il y a et il y aura longtemps encore la même différence qu'entre le professeur d'organographie végétale et le chef des cultures d'un grand domaine. S'il plaisait à un médecin de reprendre l'histoire des tumeurs d'après les errements du dernier siècle, l'entreprise serait condamnable et condamnée d'avance, et pour emprunter la langue histologique, elle représenterait la plus impossible des régressions.

Mais, en dehors des lésions qui se prêtent aux études du laboratoire, il en est d'autres que nous avons le devoir d'apprendre et dont il n'appartient à personne de décliner l'étude.

Le jour ne viendra jamais où les congestions douloureuses, où les fluxions passagères, où les irritations guérissables seront soumises au libre contrôle du savant qui compte avec son loisir ou qui demande à revoir le lendemain son expérience de la veille. Pour le médecin, il n'y a ni option, ni attermoiement, les faits n'attendent pas.

Il importe donc que le praticien se familiarise avec des nécessités contre lesquelles il est sans défense. Il importe surtout qu'il assiste aux premiers tâtonnements de la maladie et qu'il s'habitue à considérer comme autant de fondements de son savoir les moindres dérogations à la santé.

Sous ce rapport les maladies de l'arrière-gorge, directement visibles, nous permettent d'assister à toutes les phases de l'évolution pathologique, depuis la simple rougeur qui confine à l'état normal, jusqu'à l'ulcération, et nous fournissent des enseignements incomparables. Tandis que la plupart des affections des membranes muqueuses soustraites à la vue et au toucher se jugent par leurs conséquences; ici l'examen est facile et l'observation présente. La physiologie pathologique, cette branche nouvellement dénommée et justement exaltée de la science, trouve ses applications légitimes. Tout se voit et s'apprécie sur le vivant, aussi bien le progrès du mal que sa marche vers la guérison.

N'admettre pour dignes d'étude que les affections exclues de la thérapeutique, ce serait constituer une médecine en contradiction avec son nom, en s'imposant la plus décourageante et la plus arbitraire de toutes les limitations.

Je sais que les membranes muqueuses qui servent de passage entre la peau et celles qu'on pourrait cliniquement appeler les muqueuses proprement dites, ont des propriétés toutes spéciales. Elles semblent, sans que nous soyons en me-

sure d'estimer exactement ces rapports, plus analogues, dans leurs expressions morbides, à l'enveloppe cutanée qu'aux membranes profondes, pourvues de fonctions mieux définies. Aussi ai-je dû m'attacher aux rapports que la muqueuse gutturale entretient avec la peau. Mon opinion, je dirai plus, ma conviction que j'ai cherché à appuyer sur les faits, est que la dermatologie doit étendre jusqu'à l'arrière-gorge la sphère de ses investigations. C'est en conformité avec cette manière de voir que j'ai donné aux angines éruptives une si large place.

Ces données sur lesquelles je n'entends pas insister davantage, ont été exposées avec tous leurs développements dans les considérations générales, qui précèdent les descriptions particulières des diverses formes d'éruptions angineuses.

---

Il est impossible de méconnaître qu'en isolant les angines pour en faire l'objet d'une étude plutôt exclusive que spéciale, on s'expose à des objections si bien motivées que je tiens à les devancer. Ce n'est pas impunément qu'on se résout à rompre l'unité de la maladie pour n'envisager qu'un de ses éléments. Lorsqu'il s'agit des grandes fièvres éruptives, l'éruption gutturale est rattachée par un lien tellement étroit à l'ensemble des symptômes, que chacun de nous replace presque d'instinct l'énanthème dans le milieu pathologique d'où il a été détaché pour les besoins de l'analyse.

Il n'en est plus ainsi, quand l'affection angineuse entretient avec les autres phénomènes dont l'agglomération compose la maladie, une relation douteuse. J'ai cherché de mon mieux à montrer dans quelle mesure les affections de la gorge sont sous la dépendance de divers états morbides qui intéressent

toute l'économie. Quelque soin que j'aie apporté à cette reconstitution, c'est ici le lieu de reprendre les idées générales qui m'ont dirigé dans le double travail de décomposition analytique et de synthèse rétrospective.

Les angines éruptives sont une des localisations de l'exanthème, comme dans la rougeole, la scarlatine, la variole, etc.; dans d'autres conditions, elles résument ou, pour mieux dire, elles absorbent toutes les *puissances* éruptives de la maladie. Tel est le cas de l'herpès guttural, espèce provisoire et qu'il conviendra certainement de subdiviser. Le malade est, bien avant l'apparition des phénomènes topiques, sous le coup d'un malaise fébrile qui ne le cède en rien aux fièvres initiales les plus menaçantes. Élévation de la température, fréquence du pouls, céphalalgie, sécheresse pénible de la peau, ardeur de la bouche, enduit caractéristique de la langue, sensation de courbature, dépression inquiète; en un mot, tous les signes qui concourent à former l'exemplaire classique des grandes fièvres à leur début. L'éruption gutturale apaise cet énorme appareil, et en trois ou quatre jours, la convalescence est commencée quand elle n'est pas achevée chez quelques malades privilégiés.

Ne voit-on pas également l'herpès labial épuiser un mouvement fébrile hors de proportion avec son insignifiance, et les prodromes tumultueux de la variole aboutir à quatre ou cinq pustules? Que se passe-t-il alors? Le problème devait-il fatalement appeler cette solution? Est-ce une chance heureuse qui a fait, en quelque sorte, dévier la maladie? Ne voit-on pas, sous l'action de causes en apparence similaires et en particulier du refroidissement, survenir tantôt un herpès guttural, tantôt une pleurésie ou une pneumonie, tantôt un rhumatisme articulaire?

De quelque manière qu'il convienne aux médecins de décider une question éternellement discutable, il n'en est pas moins vrai que certaines angines aiguës sont précédées par un tel consensus de troubles généraux, qu'on ne peut les considérer comme des lésions indifférentes ou réduire leur étude à celle des phénomènes locaux.

Or, entre les maux de gorge d'une évidente acuité et les formes les plus chroniques, le passage s'établit par des types sur lesquels nous sommes loin d'être exactement renseignés.

L'érysipèle guttural pourrait à lui seul marquer la transition. Aigu ou subaigu, devancé par un appareil fébrile inégal et mal défini, il nous semble néanmoins procéder d'une dyscrasie plutôt entrevue que démontrée. Quand on voit l'affection érysipélateuse succéder à l'agglomération et au traumatisme, quand on la voit se répéter chez le même sujet avec une périodicité qui témoigne de la persistance des causes déterminantes, on ne peut se défendre de chercher un lien entre le malade et la maladie.

Ce trait d'union ignoré dans son essence, constaté ou supposé en vertu d'un acte logique, s'appelle alors d'un nom qui n'engage à rien. Le malade était *prédisposé*, c'est-à-dire que la maladie ayant eu lieu, il existait quelque raison latente qui préparait son apparition. Durant cette incubation présumée, à échéance indéfinie, aucun signe n'était venu nous dénoncer les chances mauvaises de l'avenir.

Les choses procèdent autrement et sous une forme moins pauvrement conjecturale lorsqu'il s'agit des angines chroniques. La prédisposition n'est plus une aptitude latente ; elle devient une dyscrasie dénommée ou, pour prendre le langage assez confus de la pathologie générale de notre temps, une diathèse. L'individu affecté d'un mal de gorge chronique

avertit préalablement le médecin par des symptômes multiples et significatifs que sa constitution a subi une atteinte. L'homme physiologique s'est transformé dans l'homme pathologique, et le probable ou le prévu a pris la place de l'inconnu et du possible.

Quand il en est ainsi, l'angine ne représente plus qu'un anneau dans la chaîne, et on réussit à établir ce que, par une expression singulièrement heureuse, Lotze a appelé la *caténation* des symptômes.

J'aurais voulu pouvoir placer chaque angine chronique sous le vocable de la diathèse dont elle relève; mais je ne me suis senti ni assez éclairé pour instituer ce classement définitif, ni assez osé pour être le précurseur de la science. Il est certain que la nosologie des affections angineuses chroniques ne sera assise sur sa vraie base que le jour où on aura le droit d'ouvrir un chapitre à l'angine chronique, herpétique ou goutteuse au même titre qu'à l'angine morbilleuse ou scarlatine. Nous sommes encore loin d'une si souhaitable précision.

Parmi les dyscrasies auxquelles certaines formes d'angines se rattachent, les unes sont durables sinon définitives, les autres passagères. Entre ces dernières la syphilis est certainement celle qui doit fournir le meilleur type; aussi ai-je longuement insisté sur ses divers modes, aux diverses périodes de la maladie généralisée.

L'âge et le sexe répondent également, quoique à un moindre degré, à des aptitudes morbides différentes. Je me suis appliqué à faire la part de chacun de ces éléments de prévision. Peut-être n'est-il pas une classe d'affections où l'influence de l'âge soit plus manifeste, et c'eût été, à mon sens, une faute impardonnable de ne pas profiter des enseignements que nous offrent sous ce rapport les angines aiguës et chroniques.

Enfin, il se peut que des diathèses rigoureusement définies par leurs manifestations extrêmes, moins sûrement accusées à leurs premières phases, se traduisent tout d'abord par des lésions gutturales douteuses. J'ai montré que la syphilis constitutionnelle pouvait avoir pour indice initial l'énanthème syphilitique de l'arrière-gorge. J'ai indiqué parallèlement avec un moindre degré de certitude les formes chroniques de l'angine, qui semble dans quelques cas, servir de préface à la goutte.

En m'avançant ainsi sur le terrain mal assuré des diathèses ou des dyscrasies qui préludent à leurs expressions classiques, je ne me suis dissimulé ni les côtés hasardeux, ni le discrédit de ces tentatives. Je n'ignore pas combien notre époque a peu de sympathies pour cet ordre de recherches. Le pronostic du médecin s'arrête plus volontiers aux événements de la maladie, il se plaît à envisager la lésion comme une sorte de produit parasitaire qui a ses lois propres, indépendantes du terrain où elle se développe. Ma ferme croyance est que la prévision médicale doit embrasser l'homme tout entier, et qu'attendre la maladie du lendemain n'est pas un moindre savoir que calculer le lendemain de la maladie.

---

En traitant non plus de la pathogénie mais de l'évolution des angines, je me suis appliqué à distinguer deux stades qu'il me paraît essentiel de séparer.

Le plus souvent les temps d'arrêt signalés dans la progression graduelle de la maladie, sont autant de coupures arbitraires qui correspondent ou aux divisions classiques des périodes d'augment, de stase et de déclin, ou à la numération banale de première, deuxième et troisième période.

Certaines formes d'angines à marche aiguë se prêtent à un partage méthodique des phénomènes, dont les autres ne sauraient profiter.

Les angines éruptives, les seules que j'aie en vue, empruntent leurs caractères spécifiques au mode de l'éruption. L'angine morbilleuse, pour prendre un exemple défini, est caractérisée par les papules gutturales. Une fois l'exanthème disparu ou comme on disait autrefois évanoui, il s'en faut malheureusement que toutes les chances morbides soient épuisées.

La maladie entre alors dans une seconde phase. Aux lésions éruptives succèdent des altérations, moins rigoureusement délimitées et qui représentent une affection nouvelle.

Les membranes muqueuses richement vascularisées, munies de nombreux appareils sécréteurs, offrent peut-être des conditions exceptionnellement favorables à ces affections secondaires qui se fixent, passent à la chronicité, se propagent et se développent suivant des lois qui leur sont propres.

Pour l'arrière-gorge, les reliquats des maladies éruptives sont si souvent plus graves que la maladie elle-même, qu'on ne saurait leur attribuer trop d'importance, aussi me suis-je attaché à décrire, sous un titre spécial et avec des détails minutieux, ces formes d'angines secondaires succédant aux éruptions sans les continuer, et dont on retrouve les symptômes diversement groupés, dans quelques phlegmasies subaiguës qui n'ont pas eu les mêmes antécédents.

---

Après ces prolégomènes, il me reste à signaler les lacunes que je regrette d'avoir laissées dans ce traité et dont quelques-unes portent leur excuse.

Beaucoup de substances irritantes ont la propriété, lorsqu'elles sont mises en contact avec l'arrière-gorge, de déterminer, ou une phlogose ou des lésions diverses de la membrane muqueuse. Il existe, par conséquent, toute une classe d'angines *toxiques* à laquelle il eût été désirable de consacrer un chapitre. Si je me suis abstenu, c'est que je ne me sentais pas en mesure d'ajouter un complément aux notions qui ont cours dans la science.

La dermatologie elle-même, malgré le degré d'avancement de nos connaissances, n'est pas richement pourvue de documents relatifs aux maladies toxiques de la peau. Les traités les plus complets mentionnent à peine les affections cutanées qui reconnaissent pour causes les topiques irritants, quoique les occasions de les observer ne fassent pas défaut, surtout dans la population hospitalière.

L'arrière-gorge n'est qu'accidentellement, et dans des circonstances exceptionnelles, soumise à l'action de ces substances. Tantôt c'est un médicament, qui provoque, au passage, une inflammation momentanée, tantôt c'est un produit caustique ingéré par erreur ou en vue d'accomplir un suicide; jamais ou presque jamais ce n'est en raison d'une intoxication professionnelle. Il en résulte que les faits ne s'accumulent pas et qu'il faudrait le plus souvent substituer à une description une série incomplète de cas particuliers.

Lorsque l'empoisonnement a lieu à l'aide d'un acide violent comme l'acide sulfurique ou de toute autre substance corrosive, toute la cavité buccale est affectée, et ce n'est plus d'une angine mais d'une stomatite diffuse qu'il s'agit.

Quand la phlegmasie résulte de l'usage d'un remède doué de propriétés moins compromettantes, il se peut que la gorge soit affectée sans que la cavité buccale prenne une part égale

à la lésion. Tel est le cas des préparations antimoniales qui, tout en concentrant leur action sur l'arrière-gorge, n'épargnent pas la membrane muqueuse de la bouche.

A petites doses les sels d'antimoine comme le tartre stibié et le kermès, les seules préparations fréquemment employées de nos jours, occasionnent sur la membrane muqueuse une pustulation identique à celle qu'on observe à la peau. Si les doses sont énormes, soit par erreur de prescription, soit par toute autre cause, la muqueuse buccale s'enflamme, se recouvre d'un enduit d'aspect pseudo-membraneux, et le malade éprouve les phénomènes généraux qui accompagnent toute phlegmasie franchement ardente.

Les boissons alcooliques préconisées dans le traitement de quelques maladies aiguës produisent, à un moindre degré, les mêmes effets.

Dans les deux cas, le malade atteint de l'affection fébrile qui exigeait une intervention thérapeutique active, n'est pas dans les conditions de la santé normale. La susceptibilité de la gorge a été augmentée par la maladie, à ce point que sous l'influence de certaines fièvres, et sans autres causes d'irritation, la membrane muqueuse rougit, se sèche, s'empâte, se dépouille de son épithélium et se recouvre d'une couche pseudo-diphthérique.

D'autres substances toxiques usitées sous forme de médicaments, portent leur action sur la gorge sans avoir été mises en contact avec elle, et quel qu'ait été leur mode d'administration.

Les mercuriaux déterminent comme on le sait une phlegmasie spéciale des gencives, de la bouche et des glandes afférentes; mais, à l'inverse des composés d'antimoine, ils sont presque toujours inoffensifs pour la gorge. Ce n'est

qu'aux degrés extrêmes de la stomatite qu'on voit apparaître des ulcérations du voile du palais ou du pharynx, et encore ces altérations viennent-elles si tardivement qu'on doit plutôt les attribuer au ptyalisme qu'à l'intoxication hydrargyrique.

Quelques plantes virulentes, le datura, la belladone, la jusquiame donnent lieu à une sécheresse toute spéciale de la gorge, dont les malades se plaignent, et qu'ils distinguent très-bien de la sensation de la soif. Cet effet, presque constant lorsqu'on porte assez loin les doses, n'est pas dû à une perception trompeuse. La membrane muqueuse est sèche en réalité, comme on peut le constater par l'examen direct et surtout par le toucher. Il faut dire que la muqueuse gutturale n'est pas seule modifiée, mais que les sécrétions des bronches elles-mêmes perdent de leur activité sous l'influence du médicament.

Si j'insiste quelque peu sur ce fait bien connu, c'est que dans quelques cas d'intoxication par la belladone ou le datura, il acquiert une certaine importance. Les empoisonnements involontaires par l'une ou l'autre de ces deux plantes vénéneuses ne sont pas rares chez les enfants, et ont fourni l'occasion de plus d'une erreur de diagnostic. La sécheresse de la gorge qui s'accuse, même au plus fort du délire, par des mouvements caractéristiques, confirmera les présomptions que pouvaient déjà donner le délire et la dilatation des pupilles.

---

Peut-être conviendrait-il de rapprocher des maux de gorge toxiques, les angines qui se déclarent si souvent à une période avancée de la fièvre typhoïde et à la phase de réaction du choléra. J'ai renoncé, après quelques hésitations, à décrire

ces affections bien qu'elles fussent d'une observation fréquente et facile, et qu'elles me parussent dignes d'intérêt.

A moins qu'elles n'aient été exagérées par des remèdes, comme on le voit à la suite du traitement par les boissons stimulantes, ces angines ne sauraient être considérées comme une localisation de la maladie. De même que la peau se sèche, que l'épiderme s'exfolie, que les lèvres s'irritent et se fendillent, que l'épithélium des gencives s'altère, que la langue se couvre d'un enduit fuligineux ou se dépouille à l'égal de ce qu'on observe après la scarlatine; de même que les conjonctives s'injectent, que les sécrétions d'autres muqueuses sont entravées, de même l'arrière-gorge subit, sous les formes qui lui sont propres, le retentissement du trouble apporté à la santé générale. Jamais elle n'est seule affectée, rarement elle est atteinte d'une façon prédominante, et les altérations dont elle est le siége sont conformes à celles qu'on observe sur tant d'autres points.

Il en est ainsi pour la fièvre typhoïde, quoique plusieurs auteurs aient cru devoir instituer une espèce sous le nom de pharyngo-typhus.

S'il était utile de démontrer une fois de plus l'étroite solidarité qui existe entre la membrane muqueuse de la gorge et la peau, j'aurais abordé l'étude des angines qui surviennent à la période réactionnelle du choléra, et sur lesquelles j'avais recueilli d'assez amples matériaux. J'aurais montré l'arrière gorge s'associant, pour ainsi dire, aux modifications dont la peau devient le siége, pendant que se développe la réaction : congestionnée, d'un rouge livide comme les extrémités des membres; envahie par des éruptions populeuses analogues à celles qui suivent l'ingestion du copahu ou de la térébenthine; desquamée, sécrétant un mucus visqueux qui s'étale à sa sur-

face; rigide, épaissie et ne se prêtant qu'avec un effort douloureux, à la déglutition.

Les raisons que j'indiquais plus haut m'ont décidé à omettre l'histoire de l'angine cholérique, perdue au milieu de tant de graves phénomènes ; sans danger, quand elle existe, sans menace d'affections secondaires, quand elle a disparu.

---

Les phthisiques sont aussi sujets à des altérations gutturales qui ont fixé l'attention d'un nombre très-restreint d'observateurs, et sur l'évolution desquelles, malgré une recherche attentive peut-être à cause de cette recherche, je ne me reconnais pas suffisamment édifié.

J'ai cru devoir ajourner, jusqu'à meilleur examen, l'étude des ulcérations qui se produisent soit sur le pharynx, soit sur les membranes de l'isthme, aux périodes avancées de la phthisie.

Un seul ordre d'accidents gutturaux me paraît mériter d'être signalé, parce qu'il appartient aux premiers stades, que parfois il est presque prémonitoire et que je n'en ai trouvé nulle part même la simple mention. Je veux parler des hémorrhagies et des varices de l'arrière-gorge.

Le premier fait qui ait appelé mon attention est celui d'une femme de trente-cinq ans, domestique, veuve d'un ouvrier qui avait succombé à une tuberculisation pulmonaire. Cette femme, d'aspect robuste et vivement préoccupée par la crainte de la maladie dont son mari avait été victime, dépérissait visiblement. Interrogée par des amis, elle se décida à avouer qu'elle se croyait atteinte d'une maladie de poitrine déjà caractérisée à ses yeux par des crachements de sang, qui se répé-

taient pendant plusieurs jours, se suspendaient pour reparaître après un intervalle de quelques semaines.

L'examen de la poitrine ne donna que des résultats négatifs.

Les hémorrhagies ne répondaient pas à celles par lesquelles débute une lésion pulmonaire. Elles avaient lieu surtout le matin, et se réduisaient à l'expuition de crachats réellement hémorrhagiques. La malade ne souffrait pas de la gorge et n'était pas sujette à des épistaxis, elle toussait rarement et le sang était rejeté presque sans efforts. Il était évident que l'exhalation sanguine ne pouvait avoir lieu, dans ces conditions, qu'au voisinage de la bouche et tout au plus dans la trachée.

L'inspection de la gorge me fit voir deux boutons variqueux à peu près symétriques, occupant le plan postérieur des piliers antérieurs, d'un rouge bleuâtre et du volume d'un grain d'orge. La luette était le siége d'une varice moins considérable, et de plus il était facile d'apercevoir sur la partie inférieure du voile du palais des veines dilatées, presque capillaires, et formant un réseau à mailles peu serrées. Bien qu'il me fût impossible d'obtenir du sang par le frottement des boutons variqueux avec un linge enroulé autour de l'index, je me crus autorisé à rapporter aux varices ces hémorrhagies périodiques et à instituer le traitement en conséquence. L'usage de gargarismes astringents et quelques badigeonnages avec une solution étendue de perchlorure de fer, suffirent, sans qu'il y fût adjoint d'autres médications, pour empêcher le retour des accidents.

Ces observations courtes, accidentellement recueillies et peu significatives ne se gravent dans la mémoire que quand elles se fixent par quelque circonstance accessoire.

Le second fait dont je fus témoin a trait à un jeune homme

qui, au milieu des pourparlers d'un mariage, fut pris d'hémoptysies quotidiennes. La famille inquiète pour l'avenir demanda mon avis.

En l'absence de tout signe physique du côté de la poitrine, je constatai, à l'examen de l'arrière-gorge, l'existence d'un lacis vasculaire très-marqué et de deux saillies variqueuses, dont une surtout atteignait la grosseur d'un pois, quand on prolongeait l'inspection en demandant au malade de soulever par un effort de volonté le voile du palais.

Un jeune médecin, mon ancien élève, portait également, au point d'union des piliers antérieur et postérieur gauches, une varice très-volumineuse. Je n'ai jamais vu le sang sourdre du vaisseau, mais je l'ai vu descendre en nappe le long du pharynx, et d'ailleurs l'ensemble des symptômes excluait la possibilité d'une hémorrhagie pulmonaire.

Il est probable que la vascularisation exagérée ne s'arrêtait dans aucun des cas à la portion de la membrane muqueuse accessible à la vue. Les varices devaient siéger également sur la paroi antérieure, et peut-être sur la portion des fosses nasales qui confine au pharynx.

Dans tous les cas, aussi bien dans ceux que j'ai observés que dans ceux qui m'ont été communiqués, l'attention des malades avait été éveillée par la crainte d'une hémorrhagie pulmonaire. L'écoulement de sang, peu abondant d'ailleurs, s'arrêtait à la suite d'un traitement court et facile par l'emploi topique des hémostatiques et des astringents, et on était trop heureux d'avoir ainsi mis un terme à des appréhensions sans fondement.

J'avais vécu d'abord dans cette quiétude que vinrent rompre plus tard les événements. Les trois malades dont j'ai rappelé l'observation ont succombé tous les trois à la tuberculisation

pulmonaire. Depuis lors, mieux renseigné, j'ai vu à diverses reprises ces accidents, d'ailleurs rares, être l'antécédent ou plutôt le précurseur d'une phthisie à lointaine échéance. Les quelques médecins qui ont noté l'existence des hémorrhagies variqueuses de la gorge concluent tous à la guérison rapide ; mais leurs observations, qui n'embrassent qu'une période de quelques jours ou de quelques semaines, n'ont aucune valeur.

Ces faits, qui échappent à la pratique hospitalière, ne sont pas assez nombreux pour donner le droit d'être affirmatif, mais ils imposent le devoir d'être circonspect.

---

Enfin, j'ai de parti pris refusé d'ouvrir un chapitre distinct aux angines gangréneuses, ulcéreuses, couenneuses, etc. Ce n'est pas que je conteste l'existence des lésions décrites sous ces dénominations traditionnelles, mais je crois qu'on rend à la pathologie un détestable service toutes les fois qu'on prend ainsi un des temps d'une lésion mobile pour en faire la caractéristique d'une espèce morbide.

Ces classifications qui reposent sur une donnée inadmissible ou sur un vice de méthode, ont été profondément nuisibles au progrès de la pathologie. Toute angine, quelle que soit sa nature, peut, chez un sujet prédisposé, se terminer par le sphacèle ; toute angine éruptive peut également donner lieu à une exsudation couenneuse ou à une ulcération. La lésion qui survient ainsi, ou par accident, ou en vertu d'une aptitude individuelle, ne saurait dans aucun cas imposer son nom à la maladie.

Indépendamment de ces raisons décisives, les dénominations que je condamne attendent encore une définition. Va-

guement conçues, acceptées sans plus de contrôle, elles s'appliquent à des altérations incertaines. Si les maux de gorge gangréneux des derniers siècles n'avaient pas porté cette fausse étiquette, au lieu de se tenir pour satisfaits, les observateurs eussent cherché une caractéristique dans l'étude plus approfondie des symptômes. Si le type confus des angines couenneuses n'avait pas trouvé place dans la nosologie, on se serait appliqué à mieux discerner les espèces. En médecine comme ailleurs, on sait quelle est la puissance d'un nom.

J'ai indiqué, à propos de chaque angine, les conditions qui provoquent ou favorisent le développement des productions couenneuses et des ulcères. J'ai dit peu de choses du sphacèle, parce qu'il est une des déviations les plus rares des affections de l'arrière-gorge.

---

Outre les lacunes que je viens de signaler, il en est sans doute beaucoup d'autres dont je n'ai pas eu conscience, et pour lesquelles je sollicite l'indulgence du lecteur.

Ce traité, que seul je n'ai pas le droit de juger, se recommandera peut-être par un mérite, celui de ne pas être une compilation. L'auteur n'a pas énoncé un fait qu'il n'eût observé, il n'a pas émis une opinion sans l'appuyer sur l'expérience. Si imparfait que soit le résultat, il invoque, en faveur de ses modestes recherches, leur inattaquable sincérité.

---

# TRAITÉ DES ANGINES

## ANGINES ÉRUPTIVES

### DES ANGINES ÉRUPTIVES EN GÉNÉRAL

I. Il semble que la dénomination d'angines éruptives que j'ai adoptée est assez claire pour qu'il n'y ait pas lieu d'en préciser le sens. Et cependant, en cherchant à définir le mot d'*éruption*, je me suis trouvé en présence de difficultés mal aisées à résoudre.

A mesure que la pathologie s'est subdivisée davantage, les termes ont pris une acception plus limitée. On disait autrefois d'un homme qu'il avait une éruption à la peau, on ne le dit plus aujourd'hui que si le malade est affecté d'une fièvre éruptive. Le mot d'exanthème, réservé à la dermatologie, a remplacé celui d'éruption qui s'appliquait aussi bien aux membranes muqueuses ou même aux membranes séreuses, qu'à la peau.

Quelques médecins ont proposé le nom d'exanthème pour les éruptions dont la surface cutanée n'est pas le siége. Admettre cette distinction, c'eût été contredire la donnée générale de ce travail, où j'ai eu surtout en vue de prouver que les éruptions, quel que soit leur siége, doivent rentrer dans un seul et même cadre nosologique.

J'appellerai donc angines éruptives toutes celles qui accomplissent leur évolution à la façon des exanthèmes, c'est-à-dire qui, limitées à quelques-uns des éléments anatomiques de la membrane muqueuse, donnent lieu aux lésions spécifiques désignées sous les titres de vésicule, de pustule, de bulle, etc. C'est assez dire que la pathologie cutanée, si riche d'observations et assise sur des fondements si solides, sert et doit servir de type pour constituer la pathologie des membranes muqueuses de la gorge.

On lira dans les chapitres suivants la description des diverses formes, aussi exacte que j'ai pu la tracer, avec les ressources de mon expérience; mais avant d'aborder les cas particuliers et de donner la caractéristique des espèces, il était nécessaire d'établir les caractères du genre ou de la classe. C'est cette nécessité qui explique et peut-être justifie les développements où j'entrerai dans ce préambule.

II. La membrane muqueuse qui revêt la cavité buccale, le pharynx et les cavités nasales, et qui descend jusqu'au larynx, peut être subdivisée anatomiquement en plusieurs régions. Sous ce rapport, nos connaissances anatomiques laissent singulièrement à désirer, et par une rare exception, la pathologie nous fournit, jusqu'à meilleur informé, de plus amples renseignements.

La membrane muqueuse buccale, qui tapisse les gencives, les joues, la voûte palatine, représente tout d'abord une région distincte; elle a des lésions qui lui sont propres et qui ne dépassent pas sa limite, quelle que soit leur intensité. J'en citerai deux exemples.

L'éruption aphtheuse, maladie plus que commune et encore mal analysée, consiste dans des vésicules qui se rompent hâtivement en donnant lieu à une ulcération à bords minces, à fond blanchâtre et souvent très-douloureuse. L'éruption est ou discrète, ou confluente, de cause externe, ou de cause interne, c'est-à-dire liée ou non à une disposition générale de la santé. Dans les deux cas, quelles que soient leur durée et leur confluence, les aphthes siégent sur les gen-

cives, sur les joues, sur les lèvres, sur les bords ou vers la pointe de la langue ; ils s'étendent à la voûte du palais, mais jamais ils n'empiètent sur le voile palatin et ne viennent même accidentellement se fixer sur le pharynx. Et cependant les substances irritantes qui ont donné naissance aux aphthes n'ont pas limité leur action à ces parties ; et cependant la disposition générale qui les a provoqués assignait encore moins des limites à leur développement. Par contre, sans insister sur la réciproque, combien est petit le nombre des éruptions de l'arrière-gorge, qui s'aventurent, pour ainsi dire, dans la cavité buccale. Les fièvres éruptives et la syphilis sont presque seules assez envahissantes pour passer outre à ces barrières, pour tout atteindre à la fois, pour s'expatier sur la peau, sur les muqueuses de l'œil, du nez, de la bouche, de la gorge et probablement bien au delà.

Il est notable que les aphthes si fréquents à la pointe de la langue ne se propagent pas à la base de l'organe qui appartient à la sphère de l'arrière-gorge.

L'autre exemple est moins concluant. On sait qu'il se produit sur le bord dentaire des gencives une lésion à laquelle un certain nombre de médecins persistent à donner le nom de diphthérie gingivale. Bretonneau, s'appuyant sur cette identité à laquelle il attachait l'importance d'une visée théorique, avait affirmé tout d'abord que la diphthérie gingivale, importée à Tours par la légion vendéenne, y était devenue l'origine d'une épidémie de croup. Chez les soldats, la diphthérie s'était bornée aux gencives ; chez les enfants de la ville, la contagion avait porté le mal jusque dans l'arrière-gorge.

L'explication, comme je le montrerai ailleurs, a été délaissée par l'illustre maître, qui continuait néanmoins à admettre que la diphthérie des gencives était de même nature que celle du pharynx. Or, ni Bretonneau, ni ceux qui ont accepté son opinion, n'ont jamais vu la diphthérie gingivale s'étendre par propagation à l'arrière-gorge, pas plus qu'on n'a vu le croup attaquer les gencives.

C'est déjà un fait assez significatif que la diphthérie généralisée, apparaissant sur toutes les surfaces à vif, quelles

qu'elles soient, prête à fixer son siége partout où la peau est accidentellement transformée en une sorte de membrane muqueuse, ne s'étale pas dans la bouche, épargne toute la muqueuse qui confine au voile du palais et laisse indemne la voûte palatine.

Il faut donc, et tous les faits concordent au même résultat, reconnaître que la membrane muqueuse, qui revêt les cavités qu'on pourrait appeler le vestibule des appareils digestifs et respiratoires, doit être partagée en régions pathologiques. Si, au lieu de constater la loi générale, on entre dans les détails, on peut, pour chaque maladie, tracer la carte topographique de son domaine. Ces délimitations sont plus praticables quand il s'agit des éruptions proprement dites que lorsqu'on envisage les maladies catarrhales ou inflammatoires, dont les limites sont moins précises et qui cependant ne se portent pas indifféremment et au hasard sur toutes les surfaces.

Parmi les éruptions angineuses, quelques-unes, comme l'acné, l'herpès, etc., ne dépassent jamais les limites de l'arrière-gorge ; d'autres, telles que la variole, la scarlatine, etc., irradiant de l'arrière-gorge comme d'un centre, se projettent dans diverses directions : il n'en est aucune qui ait son foyer principal en avant du voile du palais. Non-seulement l'éruption est de moins en moins confluente à mesure qu'on s'éloigne de l'isthme, mais chronologiquement c'est toujours à l'arrière-gorge qu'ont apparu les premières manifestations. Cette règle convient même à la plupart des angines syphilitiques : bien qu'il ne soit pas rare d'observer des plaques muqueuses sur le bord libre des lèvres, à la base des gencives, les piliers sont certainement leur siége de prédilection.

Il convient cependant d'établir une réserve pour les maladies éruptives, qui se propageant à la gorge ou à la cavité buccale, dans le décours de leur évolution cutanée, ne s'y portent qu'exceptionnellement. Tel est le cas du pemphigus, de la psoriase, etc., qui affectent indifféremment les gencives, la langue, les joues ou le gosier, sans jamais avoir leur point d'origine sur la membrane muqueuse. Quelque intérêt qu'offre l étude de ces éruptions, elles ne rentrent pas dans le

cadre des angines proprement dites, et je me contente de les mentionner.

III. Nous avons à notre service, pour apprécier la nature des éruptions gutturales, deux procédés qui reposent sur une comparaison entre les exanthèmes de la membrane muqueuse et les exanthèmes cutanés. Dans un cas, nous cherchons, étant donnée une affection manifestement éruptive de la gorge, de quel exanthème elle reproduit les caractères classiques. Dans l'autre, sans classer l'éruption d'après les caractères qui lui sont propres, nous constatons qu'elle coexiste avec une éruption cutanée, dont elle n'est qu'une des expressions. La première méthode est essentiellement naturelle; la seconde est fondée sur ce qu'on pourrait appeler la loi de coïncidence. De ces deux procédés d'investigations, c'est celui qui présente le moins de garanties scientifiques, auquel on accorde le plus de confiance.

Que dans le cours de la scarlatine on constate une rougeur ardente de l'arrière-gorge, que dans la première période de la rougeole on note une éruption papuleuse du voile du palais, personne n'hésitera sur le diagnostic de la lésion; qu'un malade atteint d'herpès labial présente en même temps des ulcérations blanches, agminées douloureuses, des piliers ou des amygdales, etc., on admettra sans objection qu'il est affecté d'un herpès guttural. En raisonnant ainsi, on limite la certitude à l'évidence, et on restreint singulièrement le champ de l'investigation. S'il n'y a d'affection de la gorge qui mérite le nom de rhumatismale que celle qui coïncide avec un rhumatisme articulaire aigu, il faudra nier l'existence de l'espèce, puisque l'angine rhumatismale se montre presque toujours, sinon toujours, avant les manifestations articulaires.

En suivant la méthode naturelle, c'est-à-dire en classant les éruptions de l'arrière-gorge conformément à ce qu'enseigne leur observation directe, le médecin encourt des chances d'erreurs que de nouvelles recherches auront à redresser. Par contre, il apprend à déterminer des lésions mal

définies. Ces éruptions gutturales, indépendantes, sans corrélation actuelle avec une maladie de la peau, n'en peuvent pas moins être rapprochées par leur évolution des affections cutanées identiques ou analogues. C'est certainement la source d'information la plus riche et la plus précieuse.

Enfin il se peut que l'arrière-gorge soit le siége de lésions éruptives sans analogues à la peau. Là, une réserve plus grande est commandée; mais, sans entrer dans le domaine des hypothèses, encore est-il permis de signaler les faits et de proposer les questions à résoudre. Tel est le cas des angines diphthéroïdes et diphthériques. N'a-t-on pas quelques raisons de supposer qu'un certain nombre ne sont que la seconde phase d'une affection éruptive dont le premier temps nous aurait échappé? Ne voit-on pas la diphthérie survenir à la suite de la scarlatine? N'a-t-on pas signalé la succession si fréquente des épidémies de rougeole et de croup? En considérant les divers modes par lesquels s'engendrent les fausses membranes, ne constate-t-on pas la tendance qu'ont les éruptions de la gorge à laisser après elles des ulcères superficiels qui se recouvrent de productions pseudo-membraneuses?

Faute de preuves suffisantes, il ne m'a pas paru que la diphthérie dût figurer dans la classe des angines éruptives, j'ai cru au contraire avoir le droit d'y inscrire les affections syphilitiques à titre de syphilides, sans exclure même les plaques muqueuses dont la nature est encore imparfaitement définie. La même hésitation se représente à propos des angines qui accompagnent la fièvre typhoïde et de celles qui surviennent dans la période de réaction du choléra.

IV. En comparant la marche des exanthèmes gutturaux et des exanthèmes cutanés, on peut dire, sauf une exception, celle de la syphilis, que le développement des éruptions est plus hâtif, quand elles se produisent sur la membrane muqueuse que lorsqu'elles ont pour siége l'enveloppe cutanée. C'est ainsi que la rougeole gutturale précède la rougeole cutanée, que l'érythème scarlatineux commence par la gorge.

Il est également vrai que leur marche est plus aiguë ou,

si l'on veut, plus rapide. Il suffit de considérer, pour s'en convaincre, l'éruption variolique et l'herpès guttural. Est-ce le fait du tissu? Est-ce parce que les surfaces sont constamment lubréfiées et ainsi entretenues dans un état d'humidité toute favorable? J'inclinerais à adopter cette dernière explication.

Tout le monde sait que l'herpès labial prend, lorsqu'on peut le recouvrir d'un simple cataplasme, l'aspect de l'herpès de l'arrière-gorge. On sait moins combien les pustules varioliques peuvent être heureusement modifiées par des applications humides. Depuis qu'à la suite d'expériences trop timides, j'ai acquis la conviction que la variole cutanée était avantageusement traitée par les applications humides, j'ai fait un meilleur usage des bains dans le traitement de cette maladie. Je n'hésite plus à prescrire des bains simples ou surtout médicamenteux, dès que la période de suppuration est en décroissance, et j'en suis à me demander si, dès le premier jour, les bains ne rendraient pas les plus signalés services, tant je me loue de leur emploi.

V. Si elles sont de moindre durée, les éruptions gutturales ne se résolvent pas aussi nettement que celles de la peau. A la peau, la lésion appelle souvent une éruption similaire, mais elle provoque plus rarement une inflammation proprement dite. Ainsi un furoncle sera l'occasion d'une poussée de vésicules ou de pustules qui naîtront, soit dans son voisinage, soit dans une région plus éloignée.

Les angines éruptives limitées à une région pathologique qu'elles ne sont pas aptes à franchir, ne sollicitent pas d'autres éruptions sur les membranes muqueuses des parties voisines. Elles deviennent par contre le point de départ d'une phlegmasie secondaire, non éruptive, qui se propage assez loin et qui peut amener une complication plus grave que la maladie.

Il est de nécessité de distinguer deux temps dans toute éruption angineuse; l'éruption proprement dite et la phlegmasie consécutive, dont elle est l'origine. Je me suis appli-

qué, dans les descriptions particulières, à bien marquer les deux phases que je me borne à signaler ici. Presque toutes les conséquences fâcheuses qu'entraîne l'angine scarlatine ou morbilleuse, les affections de la trompe d'Eustache en particulier, répondent à cette seconde période. La durée moyenne d'une éruption étant donnée, il y a lieu de se préoccuper, toutes les fois que le mal se prolonge, et comme les éruptions angineuses durables sont l'exception, de s'assurer de son diagnostic. C'est à ce point de vue qu'il importe de discerner de l'éruption proprement dite, limitée à peu de jours, la phlegmasie secondaire qui accomplit ses phases dans un bien plus long espace de temps.

VI. Les angines éruptives sont de tout point conséquentes à ces caractères que je viens d'indiquer. De même qu'elles affectent une marche aiguë par la brièveté de leur processus, de même elles ont les autres attributs de l'acuité, débutant par des symptômes fébriles souvent énormes et attaquant de préférence les sujets à l'âge où la vitalité de l'arrière-gorge est surtout active.

L'herpès peut commencer par un appareil de fièvre égal au moins à celui qui marque le commencement des plus graves phlegmasies splanchniques ou des fièvres éruptives les plus véhémentes dans leur invasion. La scarlatine, maladie primitivement gutturale a, dès les premières heures, la réaction fébrile, qui est un de ses signes. La rougeole, quand l'éruption gutturale est vive, s'accompagne de la fièvre la plus intense au moment où l'éruption de la gorge va apparaître. L'urticaire qui envahit la gorge et la cavité buccale débute toujours par un mouvement de fièvre disproportionné avec l'évolution ultérieure de la maladie.

Dans certains cas moins exceptionnels qu'on ne le supposerait, les prodromes s'épuisent avant l'entier développement de l'éruption gutturale qui avorte. Le malade se plaint, outre la poussée fébrile, d'une douleur à la gorge qui donne à prévoir une éruption franche. Tout au plus aperçoit-on quelques élevures, et les choses ne tardent pas à rentrer dans l'ordre.

D'autres espèces, au contraire, surviennent presque insidieusement, et j'ai pris soin de les signaler, en notant la bénignité relative des phénomènes généraux. Même dans ces dernières conditions, la santé générale reste rarement indemne. Je suis sûr de ne pas m'écarter de la vérité en disant que, de toutes les syphilides, la syphilide angineuse est de beaucoup celle à laquelle participe le plus l'ensemble de l'économie. Il n'est pas d'exception de la voir escortée par un léger mouvement de fièvre et par un grand malaise, tandis que des manifestations identiques apparaissant sur la peau n'entraînent pas les mêmes conséquences.

VII. A mesure que les individus avancent en âge, ils sont de moins en moins prédisposés aux angines éruptives: mais il faut ajouter que rien ne ressemble moins à l'arrière-gorge d'un jeune sujet que celle d'un vieillard. Chez l'un, la membrane muqueuse est presque incolore, les piliers sont minces, la luette est réduite de volume comme les amygdales, le pharynx devient lisse; chez l'autre, toutes ces parties sont roses, turgescentes, presque congestionnées; les sécrétions abondantes s'exagèrent par le seul fait de l'effort qu'on provoque en abaissant la langue. On apprécie encore mieux ces différences au toucher qu'à la vue; et n'était la bizarrerie de cette assertion, on pourrait presque distinguer les gens jeunes des vieillards par le seul toucher de l'arrière-gorge.

Il n'est guère douteux qu'indépendamment de l'âge, certaines aptitudes constitutionnelles sont une prédisposition. Je ne saurais définir le tempérament qui appelle les angines éruptives; mais l'expérience apprend que les mêmes individus sont disposés à de fréquentes récidives. Il n'y a là à mettre en cause aucune condition extérieure : l'exposition au froid, l'usage du tabac, des boissons irritantes, etc., les malades ayant été atteints de la première angine à un âge où on ne pouvait invoquer ces causes occasionnelles.

Bien que j'aie cherché à rapprocher les exanthèmes guttuaux des exanthèmes cutanés, je ne crois pas qu'il convienne de forcer les analogies et d'admettre que les prédispositions

aux éruptions angineuses et aux maladies de la peau soient solidaires. Outre qu'un grand nombre de maladies cutanées n'ont que peu ou pas d'expression gutturale, un nombre égal d'éruptions angineuses ne correspond pas à des affections analogues de la peau, survenant simultanément ou à d'autres époques de la vie.

Ce serait ici le lieu de traiter des angines rhumatismales et de leur relation avec les exanthèmes qui ont été désignés sous le nom de rhumatismaux. J'en parlerai assez longuement à propos de la pathologie spéciale pour n'y pas insister.

VIII. Le traitement ne se prête qu'à un petit nombre de considérations générales. Il est admis que les fièvres éruptives obéissent à des règles que le médecin doit respecter. Spectateurs d'événements qui s'accomplissent sous nos yeux, nous n'intervenons que dans des cas exceptionnels. C'est là le bénéfice des maladies soumises incessamment à notre examen, qu'elles nous dispensent des conjectures et que les indications sont manifestes comme les résultats thérapeutiques.

Je rappellerai seulement la nécessité de séparer, en instituant la médication, les éruptions proprement dites des phlegmasies secondaires qui leur succèdent et qui réclament des moyens plus actifs.

Qu'on les envisage au point de vue de la pathologie ou de la thérapeutique, les éruptions gutturales ouvrent à l'observation des affections des membranes muqueuses un champ peu exploré jusqu'ici. Jusqu'à quel point est-on autorisé à conclure des lésions visibles et directement observables de l'arrière-gorge à l'existence probable d'altérations analogues siégeant sur des membranes muqueuses soustraites à la vue? Jusqu'à quel point peut-on emprunter des enseignements utiles aux autres muqueuses qui, plus encore que celles de la gorge, participent aux conditions de la peau dont elles ne sont, pour ainsi dire, qu'un prolongement? La pathologie oculaire nous fournirait, sous ce rapport, les plus précieux documents. La muqueuse palpébrale est sujette à des affections éruptives multiples, aiguës ou chroniques, reliées à la rou-

geole, à la variole ou à d'autres exanthèmes non fébriles. L'examen est rapide et facile ; mais il faut bien reconnaître que les recherches minutieuses des ophthalmologistes laissent encore de nombreux desiderata.

D'autre part, les fièvres éruptives ne bornent pas au pharynx leur sphère d'action. La rougeole, la scarlatine envahissent manifestement, l'une les bronches et le tube digestif, l'autre des appareils organiques situés plus profondément. Il est difficile de ne pas supposer que la bronchite morbilleuse est une maladie éruptive, et de considérer la néphrite scarlatineuse autrement que comme la scarlatine des reins. Le domaine des éruptions s'étend ainsi bien au delà des limites qu'on leur assigne d'habitude ; la notion de la maladie acquiert une ampleur qui lui manque dans les descriptions classiques, où chaque phénomène splanchnique semble n'être qu'une sorte de complication.

Bien que je me sois abstenu d'aborder cet ordre de problèmes, il me paraît indispensable d'énoncer tout au moins cette omission volontaire.

Après ces prolégomènes généraux, j'entre de suite dans la description spéciale de chacun des exanthèmes gutturaux.

## ANGINE SCARLATINEUSE

I. La scarlatine représente une unité pathologique dont les manifestations sont solidaires, et il n'est pas sans inconvénient de détacher de l'ensemble un groupe de symptômes pour en faire l'objet d'une étude monographique.

Si convaincu que je sois de cette vérité, j'ai cru devoir consacrer quelques développements à l'angine scarlatineuse. Les raisons qui m'ont déterminé sont de deux ordres, d'abord la gravité des accidents dont la gorge est le siége, et en second lieu l'importance des travaux publiés par les médecins du dernier siècle, qui ont soulevé tant de débats et qui, en dehors de leur mérite clinique, ont au moins une valeur historique incontestable. Dans cet exposé, où la controverse

n'occupe qu'une place très-secondaire, je traiterai d'obord des angines scarlatineuses franches, telles qu'elles se rencontrent dans la pratique, et j'appliquerai à l'examen rétrospectif des épidémies exceptionnelles les données fournies par l'observation de chaque jour.

La scarlatine, comme toutes les fièvres éruptives, se produit sous la forme, soit d'épidémie, soit de cas sporadiques.

Pour les grandes épidémies, c'est dans l'étude spéciale de chacune d'elles, qu'on peut puiser les éléments de son jugement. La description que je donne ici doit comprendre surtout les cas isolés et les épidémies douteuses des grandes villes où la constitution médicale est mal définie. Même en bornant ainsi l'observaticn et en la limitant aux symptômes gutturaux, j'ai encore chance de rendre quelques services.

La scarlatine débute en général par une explosion d'accidents qui résument ou plutôt qui exagèrent les phénomènes initiaux des maladies inflammatoires: fièvre vive, chaleur intense, congestion rutilante de la face, malaise, anxiété, soif, agitation inquiète. L'éruption a lieu après quelques heures de prodromes, et elle n'abaisse pas le niveau de l'état phlegmasique.

Ce tableau, si exact dans la majorité des cas, n'est pas d'une vérité absolue. C'est surtout à propos de la scarlatine qu'il est nécessaire de faire une large part à l'âge des malades. S'il est vrai qu'un certain nombre d'adultes passent par toutes les phases de la scarlatine qu'on pourrait appeler infantile, on peut dire que d'autres sont sujets à une affection modifiée, confuse, à localisations inégales ou indécises dont on retrouve à peine l'équivalent chez les enfants.

La scarlatine type, et on sait combien même la plus régulière peut subir d'écarts, s'observe depuis l'âge de deux ans jusqu'à la puberté : passé cette période de la vie, elle a des anomalies multiples, et plus on se rapproche de la sénilité, plus elle est rare et incomplète. Je n'hésite donc pas à séparer, au point de vue clinique, la scarlatine des enfants de celle des adultes, sans méconnaître ni l'identité spécifique de la mala-

die, ni la possibilité qu'elle suive, à n'importe quel âge, la même évolution.

II. PREMIER STADE. — *Érythème initial.* Chez les très-jeunes sujets, le malaise général est si grand et l'aptitude des malades à analyser les symptômes si réduite, qu'on n'arrive guère à constater, dès la première heure, l'état de la gorge. Les enfants absorbés ou excités ne tiennent compte que des phénomènes les plus incommodes, les nausées, par exemple, et les vomiturítions qui marquent le début. C'est quand l'éruption commence à paraître qu'on songe à inspecter le pharynx pour y trouver une confirmation précieuse d'un diagnostic souvent délicat. Il n'en est plus de même dans les épidémies où le médecin averti, inquiet par avance, a l'attention préparée.

Lorsque dès l'apparition de la fièvre on examine la gorge, on constate une rougeur de la membrane muqueuse qu'on pourrait appeler prémonitoire. L'éruption commence par la bouche et elle suit là la marche qu'elle doit plus tard accomplir à la peau.

Par une dérogation aux lois habituelles des angines, même de celles qui dépendent d'une maladie générale, la cavité de la bouche est plus ou moins envahie en totalité. L'intérieur des joues est d'un rouge presque aussi ardent que la gorge, et la langue, blanche au centre, offre sur les bords et à la pointe une coloration d'un rouge plus vif que dans aucune autre affection inflammatoire.

Les enfants se plaignent de sécheresse plutôt que de douleur, et c'est là une des raisons pour lesquelles l'angine initiale passe inaperçue. L'érythème scarlatineux, qu'il siége sur une membrane muqueuse ou sur la peau, est toujours indolent à sa *première* période. Ce n'est jamais l'enfant qui désigne tout d'abord les places où l'éruption cutanée vient d'apparaître et qu'on ne découvre que par une recherche directe. Lorsqu'après avoir reconnu l'éruption, on demande au malade s'il éprouve quelque sensation incommode dans les parties affectées, il répond invariablement par la négative; deux ou

trois jours plus tard, il n'attend pas qu'on le questionne pour se plaindre de chaleur, de démangeaison, de brûlure et pour indiquer les points où il voudrait qu'on appliquât des moyens de soulagement.

L'érythème buccal est dans la même condition; au début, il ne cause pas de gêne particulière, la déglutition reste facile, et la chaleur ne semble guère dépasser celle qu'on éprouve dans tant d'autres pyrexies. Nous verrons plus tard quels renseignements fournissent les adultes à la fois plus attentifs et moins surpris par l'invasion moins brusque de la maladie.

III. L'exanthème cutané une fois déclaré, c'est-à-dire du troisième au quatrième jour, l'exanthème bucco-pharyngien, qui marche plus rapidement, est déjà dans son plein. C'est à ce moment qu'on s'applique à constater sa marche et ses caractères; mais le commencement de l'observation directe ne marque pas le commencement de l'éruption.

La rougeur doit être envisagée dans la cavité de la bouche, à la langue et à l'arrière-gorge.

1° Dans la bouche, sur la face interne des joues, aux lèvres, aux gencives, elle est fugace. Il serait difficile d'attribuer à cette rubéfaction passagère les accidents dont les glandes salivaires pourront être le siége beaucoup plus tard. Les gencives, qui se prêtent à la production d'enduits pseudo-membraneux de nature variée, ne sont pas elles-mêmes profondément atteintes, et on ne voit pas les gingivites diphthériques ou pseudo-diphthériques succéder à la scarlatine.

2° La langue est beaucoup plus affectée. J'aurai à signaler les rapports qui existent entre la muqueuse de la langue et celle de la gorge, dans l'angine catarrhale qui, se propageant à la surface de la langue, en modifie l'aspect de manière à laisser croire à une maladie des premières voies, lorsqu'il ne s'agit que d'une altération topique.

Dans la scarlatine, la langue primitivement atteinte, et pour ainsi dire, pour son propre compte, ne fournit aucune mesure du degré de l'angine. Tout le monde sait les caractères apparents de la muqueuse linguale, sa rougeur sur les

bords, la couche opaque qui en revêt le centre, et au milieu de laquelle s'élèvent les pointes des papilles rouges et saillantes; on sait moins par quelles phases passe l'érythème scarlatineux de la langue avant qu'elle soit devenue lisse et d'un rouge diffus.

3° L'éruption scarlatineuse de la gorge doit nous arrêter plus longtemps, et parce qu'elle est plus significative, et parce que, dans l'histoire comparée des angines, elle fournit des points de repère très-précieux.

IV. *Angine.* — On se ferait une idée fausse de l'angine scarlatineuse en l'immobilisant pour la mieux décrire; elle obéit, depuis la première heure jusqu'à la dernière, à une évolution constante. Plus difficilement observée, mais moins stationnaire qu'à la peau, l'éruption se transforme suivant la date de la maladie, et, dans les cas simples, elle accomplit sa révolution complète en quatre ou cinq jours, c'est-à-dire plus rapidement que l'exanthème.

Au début, la rougeur est vive, la gorge est mate, et non pas lisse comme on l'a dit; les portions mobiles, qui seules peuvent servir de mesure, sont à peine turgescentes. Les éléments sécréteurs ne font pas de saillies appréciables, à l'inverse de ce qu'on observe dans les catarrhes aigus et fébriles.

La gorge n'est pas plus nécessairement que la peau envahie en totalité. Tantôt l'érythème est diffus, tantôt il affecte des points isolés en laissant le reste des surfaces plus ou moins indemne. J'ai vu, comme beaucoup d'autres observateurs, la rougeur scarlatine limitée à un seul côté, ou n'occupant que le centre du voile du palais. D'autres fois elle prédomine sur quelques points, bien que toute la gorge soit visiblement atteinte; tantôt c'est la luette qui devient pourpre, tantôt les piliers antérieurs, tantôt les amygdales. Je n'ai jamais vu le pharynx envahi isolément, comme il l'est dans certaines rougeoles ou dans la période prodromique de la grippe.

Cette limitation de l'éruption n'est d'ailleurs que la reproduction, sur la membrane muqueuse, d'un fait constaté si

communément à la peau, où l'éruption se dessine par des élevures à forme morbilleuse avant qu'elle ne s'étale en remplissant tous les vides.

L'angine reste ainsi plus ou moins diffuse pendant les deux premiers jours de l'éruption cutanée. La rougeur prend bientôt une teinte plus écarlate, la membrane muqueuse semble s'épaissir; les amygdales augmentent de volume, bien que cette augmentation semble fort douteuse, si on se rappelle combien les amygdales sont souvent volumineuses chez les enfants, en dehors de toute phlegmasie appréciable.

Le progrès de l'affection locale est moins marqué par l'aspect des parties que par les sensations que le malade accuse. L'enfant se plaint de douleur, ou plutôt de sécheresse brûlante. La déglutition devient difficile, bien qu'elle ne soit presque jamais assez entravée pour empêcher l'ingestion des liquides. L'abaissement de la langue, en provoquant une sorte de spasme à peu près inévitable du voile du palais, éveille une vive souffrance. Le pharynx plus sec se recouvre souvent de mucus qu'on n'absterge qu'avec quelque effort.

V. Si l'angine est de médiocre intensité, les accidents ne prennent pas de plus graves proportions; dans l'espace d'un jour ou d'une nuit, la rougeur s'éteint, les douleurs disparaissent; d'autres fois la rougeur persiste, mais la gorge est indolente comme au début, et le malade ne sent d'irritation que s'il fait usage de boissons acides ou excitantes.

Si l'angine est moins bénigne, elle continue sa marche sous les formes variables que je vais indiquer :

1° *Congestion passive.* La rougeur prend une teinte livide, le voile du palais paraît épaissi, la luette est franchement œdémateuse, la gorge est moins chaude au contact du doigt. La sécrétion plus abondante fournit un mucus visqueux que l'enfant réussit mal à expulser, moins à cause de la douleur très-modérée qu'à cause du peu de contractilité des parties.

Cette forme de congestion passive appartient plus habituellement à la seconde période de la maladie, et se produit très-rarement dans les premiers jours.

2° *Éruption miliaire.* L'érythème se complique d'une éruption *miliaire* qui doit figurer parmi les incidents les plus dignes d'attention, et qui apparaît en général au troisième ou au quatrième jour de l'angine.

On aperçoit alors, soit sur la face antérieure du voile du palais, soit sur les piliers ou les amygdales, presque jamais sur le pharynx, une série de petits points blancs beaucoup plus confluents et de moindre dimension que ceux de l'herpès, et qui ne paraissent pas accroître la douleur ou la gêne de la déglutition.

C'est cette éruption secondaire qui va devenir le point de départ des manifestations ultérieures de l'angine. On ne réussit pas toujours à constater l'existence de la miliaire gutturale dès sa première apparition ; mais les cas où on assiste à son origine sont assez nombreux pour suppléer à l'insuffisance de l'examen dans les observations moins exactement recueillies.

Les vésicules miliaires peuvent sécher sur place; c'est ce qu'on voit surtout à la face antérieure du voile du palais. Sur les piliers et sur les amygdales, elles donnent lieu à une sécrétion de matière blanche, plus ou moins caséeuse, déposée en couche plus ou moins épaisse, qu'on détache aisément à l'aide d'une tige de bois munie de ouate, mais qui n'est enlevée complétement ni par les boissons ni par les gargarismes. Ce dépôt pultacé est insignifiant lorsqu'il n'a pas plus de consistance. Je ne saurais trop recommander de s'assurer directement de sa ténacité, et de ne pas se fier à sa couleur, bien qu'elle soit un utile indice. Une cautérisation légère avec un caustique très-dilué, pratiquée seulement après l'abstersion, n'empêche pas le dépôt de se reproduire; mais il se refait avec une activité décroissante. Il suffit de persévérer pendant deux jours dans l'usage du remède topique pour assurer la guérison.

On ne confondra pas le dépôt pultacé proprement dit avec la pellicule blanchâtre, demi-transparente, très-analogue à celle qui recouvre les gencives dans le premier septénaire de diverses maladies fébriles, et qui n'est autre que l'épi-

thélium soulevé et macéré par les liquides de la bouche.

3° Les vésicules miliaires, au lieu de sécréter seulement un liquide séreux, peuvent, sur la membrane muqueuse, subir les transformations qui s'opèrent aussi, mais plus rarement, à la peau.

Quelques-unes, toujours peu nombreuses, deviennent pustuleuses et sécrètent du pus ; on voit alors des points blancs plus discrets, mais plus larges, qui ne tardent pas à se rompre, laissant à nu une surface ulcérée.

4° *Forme ulcéreuse.* L'ulcération, comme toutes les ulcérations inflammatoires de la muqueuse gutturale, qu'elles soient consécutives à une éruption ou le résultat d'un traumatisme, tend à se recouvrir d'un enduit blanchâtre, d'une adhérence variable, mais toujours résistant, et qui n'a rien de commun, pas même la couleur, avec la simple sécrétion pultacée.

C'est le processus de l'ulcération qui détermine les phases ultérieures de l'angine.

La membrane muqueuse et le tissu sous-jacent sont déjà envahis par une congestion inflammatoire; la sécrétion pseudo-membraneuse est active. Limitée d'abord à une petite surface, elle gagne en étendue, envahit avec une rapidité variable les piliers, les amygdales, le voile du palais et la luette, beaucoup plus rarement le pharynx. La coloration de la fausse membrane est, dès l'origine, d'un blanc grisâtre, cendré ; sa matité est moins franche que celle de l'enduit pultacé ; fortement adhérente aux tissus, elle ne se détache pas par le frottement, s'arrache par lambeaux avec des pinces, et laisse à nu une surface saignante où l'hémorrhagie, d'ailleurs insignifiante, s'arrête aussitôt.

Ces fausses membranes, de la variété qu'on a désignée sous le nom de diphthéroïde, ne tendent pas à descendre vers le larynx; elles se limitent le plus souvent dans la portion visible de l'arrière-gorge. Dépourvues, grâce à leur siége, de danger immédiat, elles ne présentent de gravité que par les complications qui peuvent survenir ultérieurement.

On a vu, dans des cas très-rares, ces ulcérations superfi-

cielles se transformer en ulcères à marche phagédénique, franger le bord libre du voile du palais, et découper la luette.

5° L'éruption miliaire dure plus ou moins longtemps, suivant le degré de la lésion. Réduite à de simples vésicules, discrètes ou confluentes, et recouvertes ou non d'un enduit pultacé, elle disparaît avant l'éruption cutanée. Conformément à ce qu'on observe à la peau, ces vésicules se développent habituellement un peu après la rougeur. Mais, tandis qu'à la surface de la peau l'éruption miliaire n'a guère lieu avant le troisième ou le quatrième jour, elle est plus précoce à la gorge. Nous retrouvons là une nouvelle application de la loi générale en vertu de laquelle les éruptions de la muqueuse gutturale accomplissent leur évolution avec plus de rapidité que les exanthèmes correspondants. Ainsi, dans la variole, où le processus est facile à suivre, les pustules de l'arrière-gorge sont déjà cicatrisées que celles de la surface du corps commencent à peine à devenir rudes au toucher.

Cette règle n'est applicable que lorsque les éruptions gutturales suivent leur marche normale et ne se transforment pas. La production de fausses membranes grisâtres, adhérentes, est un de ces modes de transformation. L'éruption ainsi modifiée, non-seulement ne dure pas moins que la scarlatine cutanée, mais elle peut se prolonger, entraîner de fâcheux accidents, et subsister en quelque sorte pour son propre compte, après que les autres symptômes de la scarlatine ont disparu.

VI. DEUXIÈME STADE. Si on veut se rendre un compte exact de la marche de l'angine scarlatine, il faut consacrer une description détaillée à cette seconde phase de l'angine, qui ne s'observe que dans les formes graves.

1° *Exsudation diphthéroïde.* Vers le cinquième ou le sixième jour de l'éruption cutanée, le mal de gorge continue, bien que la peau ait repris sa coloration normale ou conserve tout au plus une rougeur passive, distincte de l'efflorescence vraie. Les plaques diphthéroïdes ont gagné en étendue ; elles

occupent non-seulement les amygdales, mais le voile du palais, surtout à sa face postérieure; elles encapuchonnent la luette, et même s'étalent sur le pharynx. Leur bord est entouré d'un liseré d'un rouge vif; la membrane muqueuse est, dans les points où elle n'est pas recouverte par l'exsudat, d'un rouge cramoisi ou vineux. Au toucher du doigt, on ne reconnaît pas les portions saines de celles qui sont tapissées par la fausse membrane ; le tout est lisse, velouté, presque fluctuant sous la pression.

L'enfant se plaint à peine de la douleur en avalant, qu'il avait tout d'abord si vivement ressentie; il peut boire et manger des aliments demi-liquides.

Il serait presque impossible, en bornant l'examen à l'arrière-gorge et en ne tenant compte ni de la marche antérieure, ni des complications, de discerner cette forme de l'angine scarlatineuse des maux de gorge pseudo-membraneux qui se développent sous d'autres influences.

2° *Forme bénigne.* Si la santé générale, sur laquelle il importe surtout d'avoir les yeux fixés, est satisfaisante, l'exsudation va diminuant dans l'espace de huit à dix jours. L'angine a, par conséquent, à partir de son début, duré plus de deux semaines.

Autant le traitement topique était inutile, sinon désavantageux au commencement, autant il est à propos lorsque l'exsudation tenace, persistante, est ainsi devenue le symptôme à peu près exclusif de la maladie. Je ne saurais trop conseiller l'emploi des cautérisations locales, suivant la méthode qu'on trouvera longuement exposée dans le chapitre des angines diphthéroïdes. Si quelques médecins se sont élevés contre l'usage des caustiques, c'est qu'ils ont confondu toutes les formes et toutes les périodes des maux de gorge scarlatineux.

Avec un traitement convenable, parfois sans traitement, la guérison est la règle.

3° *Forme septique.* Si la santé générale est altérée, l'angine en subit le contre-coup; elle ajoute ses dangers, mais elle est rarement la cause de l'atteinte profonde portée à l'économie.

C'est seulement dans les formes dites malignes, et qui prennent un caractère septique et typhoïde, qu'on voit le mal de gorge prendre des proportions inquiétantes. La membrane muqueuse de la bouche et de la gorge, affectée comme au second septénaire de certaines fièvres typhoïdes, sécrète un mucus visqueux qui se coagule; elle laisse suinter du sang qui colore les mucosités. La muqueuse devient le siége d'une phlegmasie qu'on pourrait appeler hypostatique; elle est bouffie, violacée; les lèvres sont épaissies. La déglutition est presque impossible, moitié par le défaut de contractilité musculaire et par la paresse cérébrale, moitié par l'obstacle qu'oppose l'adhérence du mucus. La respiration est au moins aussi entravée que la déglutition pour les mêmes causes, le larynx et la trachée participant, à des degrés variables, à l'affection de l'arrière-gorge.

Chez l'individu atteint d'une fièvre typhoïde, la muqueuse bucco-pharyngienne peut subir une profonde altération, bien qu'elle n'ait été le siége d'aucune lésion antécédente; le scarlatineux, déjà malade de la gorge, est prédisposé à de plus graves accidents.

Les fausses membranes s'imprègnent de la matière colorante du sang, la muqueuse sous-jacente a perdu de sa vitalité, les bords de l'exsudation se détachent et se soulèvent; la muqueuse ainsi dénudée par places, ulcérée ou tout au moins dépouillée de son épithélium, laisse suinter une sécrétion ichoreuse. A la vue, il semble qu'on aperçoit, sous le rebord des fausses membranes, des ulcérations profondes, mais le toucher corrige aisément cette illusion. En réalité, la membrane muqueuse est plus fongueuse qu'ulcérée.

Les plaques d'exsudats, demi-détachées, forment sur la gorge autant d'anfractuosités artificielles où s'accumulent les sécrétions muqueuses altérées. L'haleine devient fétide, l'aspect de la bouche est repoussant. C'est là, à son degré extrême, le tableau de l'angine scarlatineuse typhoïde dont on rencontre en somme de rares exemples en dehors des pires épidémies. L'aspect du mal, même dans cette mesure exceptionnelle, est plus effrayant que le mal lui-même, et ce n'est

pas par l'excès des lésions de la gorge que succombent les malades.

4° *Propagation.* Qu'elle soit ou non portée à cette exagération, l'angine pseudo-membraneuse de la scarlatine peut occuper seulement la gorge ou se propager au delà.

Elle remonte dans les fosses nasales, là elle détermine un coryza d'intensité variable, des épistaxis, des inflammations de la trompe d'Eustache, des ophthalmies peu communes. Ces accidents diffèrent à la fois par leur intensité et par l'époque de leur apparition, du coryza qu'on voit survenir, dans certains cas, par la propagation de l'éruption cutanée aux narines et aux fosses nasales ou à la conjonctive, et qui apparaît en même temps que l'exanthème de la face.

Les pseudo-membranes gagnent rarement, très-rarement le larynx. Plusieurs médecins ont été jusqu'à nier que la propagation fût possible; d'autres, au contraire, ont vu dans l'angine scarlatineuse un des antécédents du croup. A cette question de fait se rattache une question de doctrine qui mérite quelques développements.

Pour Bretonneau, pour Trousseau, pour tous ceux qui ont adopté le principe fondamental sur lequel repose leur théorie, le croup est une affection spécifique ayant l'indépendance et la pérennité des espèces animales; il s'engendre ou par contagion ou dans des conditions indéterminées; mais il ne dérive pas d'une autre lésion. S'il survient à la suite d'une maladie locale ou générale, c'est en vertu d'une coïncidence fortuite, et la scarlatine n'est pas plus apte à créer le croup que le croup à produire la scarlatine.

La conséquence de cette donnée générale est qu'entre le croup et les affections qui ont avec lui tant d'analogies apparentes, il n'existe pas d'intermédiaire, et qu'un croup d'origine scarlatineuse serait un non-sens.

Je ne puis, pour ma part, accepter la spécificité absolue telle que l'ont admise les maîtres que je viens de citer. Il existe, depuis l'angine pultacée jusqu'à la diphthérie croupale la mieux définie, une série ascendante de lésions pseudo-membraneuses de moins en moins distinctes du croup.

Lorsque le travail pathologique dont la production pseudo-membraneuse représente seulement une des phases, a son activité extrême, il envahit presque fatalement le larynx quel qu'ait été le point de la gorge où il a fait sa première apparition.

Lorsqu'au contraire, l'intensité du mal est moindre, les fausses membranes s'étalent dans une sphère plus restreinte et en particulier elles ont de moins en moins de tendance à se propager vers la cavité laryngée.

La diphthérie peut débuter par le larynx, et c'est dans ces cas qu'elle présente non-seulement le maximum de son danger, mais le maximum de son intensité.

Elle peut commencer par l'arrière-gorge et de là suivre, sans que rien en arrête sa progression, sa marche descendante. Elle peut enfin s'éteindre sur place ou remonter exclusivement vers les fosses nasales, bien qu'on n'ait opposé aucun obstacle à sa libre propagation : c'est le cas des diphthéries bénignes que j'ai désignées dans une autre partie de ce livre sous le nom d'*angines diphthéroïdes*. Les angines qui se produisent à la suite de la scarlatine, dans le deuxième stade de la maladie, représentent la série des intermédiaires qui établissent la transition entre l'angine pultacée et le croup.

S'il est d'expérience que la diphthérie laryngée a succédé quelquefois à la scarlatine, cette exception n'infirme pas la règle, et le danger est ailleurs que dans l'imminence du croup.

5° *Adénite.* La participation du système lymphatique du cou aux lésions de la gorge est d'une tout autre importance.

Il arrive que dès le commencement de l'éruption angineuse, lors même qu'elle se réduit à un érythème de moyenne vivacité, les ganglions sous-maxillaires, quelques-uns des ganglions du cou ou les parotides se tuméfient. L'exanthème cédant au bout de peu de jours, la tuméfaction ganglionnaire disparaît à peu près en même temps.

Lorsque l'érythème s'accompagne de l'éruption miliaire dont j'ai décrit les divers modes, l'adénite est déjà plus menaçante, mais c'est surtout dans les cas où la maladie prend

le caractère typhoïde, qu'elle acquiert une notable gravité.

Comme l'angine, l'inflammation des ganglions doit être envisagée dans les deux périodes où elle peut se produire. Ou elle coïncide avec l'érythème guttural, ou elle se manifeste pendant la seconde phase de l'évolution. Dans la première condition, elle n'est pas toujours exempte de danger ; dans la seconde, elle est toujours menaçante.

Les ganglions sous-maxillaires et la parotide se tuméfient, ils sont douloureux à la pression, et comme l'indique le nom qui leur a été donné de *bubons* scarlatineux, ils sont sujets à tous les modes pathologiques des adénites inguinales. Tantôt la tuméfaction se dissipe d'elle-même, ou sous l'influence de quelques embrocations ; tantôt elle incline vers la suppuration. On voit alors se former des abcès qui ne diffèrent en rien des abcès ganglionnaires superficiels ou profonds, qu'on observe même à la suite de tant d'angines bénignes non scarlatineuses. Le volume de l'engorgement ganglionnaire peut être énorme sans que la suppuration soit imminente, et réciproquement. Le pus se forme quelquefois dans des ganglions dont les dimensions n'ont pas été considérablement amplifiées. Il se peut enfin que la suppuration, au lieu d'être rapide et presque soudaine, se fasse lentement, et que l'abcès presque froid, persistant durant des mois après la terminaison de la maladie, n'appelle pas tout d'abord une intervention chirurgicale.

Sous ce rapport comme sous les autres, l'adénite scarlatineuse n'offre rien de particulier. J'insiste sur ce point pour montrer que le mal de gorge consécutif à la scarlatine, spécifique pendant les premiers jours, rentre, quand il se prolonge, dans les conditions habituelles des angines inflammatoires sans spécificité.

6° *Accidents secondaires*. Lorsque la maladie devient septique, les ganglions ne sont plus le siége d'une phlegmasie franche, et les lésions y changent de caractère.

A ce propos, il importe de rappeler comment, dans les grandes fièvres éruptives, procède l'infection septique. Tandis que dans les états typhoïdes, qui se relient à d'autres

phlegmasies, la décomposition du sang s'opère en général avec une certaine lenteur, ici elle est soudaine. Dans l'espace d'une journée ou d'une nuit, le malade est si complétement transformé, qu'on a peine à croire que l'altération générale soit de date si récente. Même la rougeole, la moins tumultueuse de toutes les fièvres dans ses manifestations, présente de ces brusques révolutions : à plus forte raison la scarlatine, dont on sait de reste combien elle a d'imprévu.

Pour que le scarlatineux soit ainsi profondément modifié, il suffit d'un court espace de temps. Ainsi s'expliquent les décompositions rapides observées dans les épidémies les plus malignes, et qui terminent la vie du malade cyanosé, bouffi, anhelant sans lésions pulmonaires aiguës, dès le troisième ou le quatrième jour.

Le plus souvent on constate, après la période d'inflammation aiguë, une sorte de temps d'arrêt. L'éruption pâlit à la peau, la chaleur est moindre, il survient de la sueur, chose rare et d'un mauvais indice. La face si animée s'éteint, les lèvres blêmissent plutôt qu'elles ne pâlissent. L'angine prend les aspects que j'ai décrits plus haut, et qui tiennent moins à la dégénérescence des fausses membranes qu'à l'altération des sécrétions muqueuses de la gorge et de la bouche. La langue se sèche, le malade est absorbé, subdélirant, passif.

Si les glandes étaient envahies, le plus souvent elles s'affaissent. On suppose, en voyant la respiration demi-râlante, que sa gêne doit être attribuée à un obstacle mécanique; mais il n'en est rien, et la preuve, c'est que, si bien détergée que soit la gorge, la fonction ne s'améliore pas.

La compression des parotides n'a pas plus d'influence, et, d'ailleurs, elle est plutôt diminuée par la flaccidité des parties.

Lorsque les parotides apparaissent dans ce stade dangereux à tant de titres, elles ne consistent plus dans une affection de la glande elle-même. Il se forme, dans le tissu cellulaire qui l'enveloppe ou qui la cloisonne, des phlegmons diffus à marche gangréneuse. La fluctuation est prompte, les organes sont disséqués par la sanie purulente. Le plus souvent la mort

survient avant que le phlegmon se soit ouvert ; mais les observations ne manquent pas de sphacèle identique, dans sa marche et sa terminaison, avec celui des phlegmons diffus les plus graves qui siégent si communément à l'angle de la mâchoire.

Je n'oserais pas dire qu'il est impossible que la gangrène envahisse au même titre les amygdales ou le tissu cellulaire du voile du palais ; mais je n'en ai jamais vu d'exemple. Les cas qui ont été rapportés sont des moins probants, à cause de l'insuffisance de l'examen, où on jugeait à première vue, sans absterger les parties et sans s'assurer, par une investigation nécessaire, de la réalité du sphacèle.

7° *Traitement.* Le traitement de l'angine scarlatineuse à forme septique présente des indications utiles. Il n'est pas démontré qu'en se prolongeant l'angine ne contribue pas pour une part au développement de ce que les anciens appelaient du terme si expressif de putridité.

Toutes les fois qu'une maladie devient typhique par l'ensemble de ses manifestations, il ne suffit pas d'intervenir par une médication générale, mais il convient de modifier, dans la mesure du possible, chacune des manifestations locales. Si les glandes de Peyer étaient accessibles à des moyens topiques, je ne crois pas qu'un de nous négligeât de leur appliquer les modificateurs locaux que réclament les plaies infectieuses. Chaque organe altéré, sécrétant un liquide de mauvaise nature, peut devenir un foyer d'infection et augmenter un mal dont il n'était pas primitivement responsable.

A moins d'une rapidité foudroyante, on peut améliorer l'état de la gorge et soulager, sinon guérir. De tous les procédés le meilleur est celui des larges injections bucco-pharyngiennes. Les gargarismes sont le plus souvent ou insuffisants ou d'un emploi impossible par l'état de torpeur du malade qui ne consent pas à les rendre plus efficaces en les brassant dans la gorge et dans la bouche. Les injections sont plus vives, elles agissent indépendamment de la volonté du malade et ne sont d'aucune difficulté, même chez les jeunes enfants. On se sert à cet effet d'une seringue ou d'un irrigateur ordinaire qui

projette le liquide avec assez de force. Plus le jet a d'impulsion, moins il incommode, parce que le liquide est immédiatement rejeté au dehors. L'eau simple ne vaut pas, elle laisse à la suite de l'injection une sécheresse plus grande de la bouche. On aura recours de préférence aux solutions aromatiques, mais surtout à des liquides contenant, plus ou moins dissous, des principes résineux : une cuillerée de teinture de myrrhe, de benjoin, etc., par litre d'eau. L'eau de goudron qui a le défaut de sa saveur désagréable, l'infusion de bourgeons de sapin sont de beaucoup les meilleurs détersifs. Ils maintiennent la bouche fraîche et n'ont ni les inconvénients de l'eau pure, ni surtout ceux des solutions astringentes de borax ou d'alun.

Les cautérisations ne sont pas sans efficacité. La solution d'azotate d'argent à haute dose, les solutions de sulfate de cuivre, de zinc, de sublimé, la teinture d'iode, appliquées à l'aide d'un pinceau de blaireau, modifient utilement la sécrétion. Je ne crois pas cependant que les caustiques soient supérieurs aux simples injections de liquides moins actifs, telles que je les ai conseillées.

Le traitement des engorgements ganglionnaires n'a de chances de succès que dans les cas où l'évolution est assez lente pour motiver l'usage des résolutifs.

VII. En résumé, l'angine scarlatineuse des enfants représente, dans son premier stade, les diverses manifestations de l'éruption cutanée. Érythémateuse d'abord, elle peut se compliquer de vésicules miliaires, plus ou moins confluentes, plus ou moins hâtives. Seulement, tandis qu'à la peau les vésicules crèvent et se dessèchent sans autre accident, elles subissent sur la membrane muqueuse des altérations variables : ou elles donnent lieu à un exsudat pultacé sans importance, ou elles sont l'occasion, en mettant à nu la membrane muqueuse enflammée, d'exsudations fibro-plastiques, ou elles préparent des ulcérations superficielles moins graves par elles-mêmes que par leurs conséquences.

Ces lésions variables s'accomplissent ou rapidement ou

lentement. Dans le second cas, elles constituent une affection *sui generis* et avec laquelle la scarlatine n'a plus qu'un rapport de cause à effet. Les affections des ganglions du cou sont la complication la plus grave.

VIII. Si l'angine scarlatineuse n'est qu'une des localisations de l'éruption, elle a, soit à cause de la structure des parties affectées, soit pour une raison qui nous échappe, une sorte d'existence indépendante. L'angine n'est pas toujours en proportion de l'exanthème; elle peut être considérable avec un érythème cutané moyen, ou moyenne avec une éruption considérable à la peau.

L'érythème guttural est et *doit* être le premier symptôme. L'angine marque, en effet, le début de la maladie, et lorsqu'elle ne se montre qu'après l'apparition de la rougeur cutanée, c'est déjà un signe de désordre qui laisse à craindre une marche anormale de la maladie. Chez les enfants, il peut y avoir de l'angine sans scarlatine à la peau, mais on est autorisé à dire, tant les exceptions sont rares, que l'inverse n'a jamais lieu.

Il ne s'agit donc pas d'un incident, mais d'un élément essentiel de la fièvre éruptive. En considérant cette localisation obligée de la scarlatine sur la muqueuse de la gorge, il est difficile de ne pas se reporter, par la pensée, aux autres maladies également généralisées, et qui se fixent, d'une façon plus ou moins constante et plus ou moins durable, sur la même membrane muqueuse. Au premier rang se présente le rhumatisme aigu, avec lequel la scarlatine entretient tant d'autres analogies. L'angine rhumatismale est, de tout point, si semblable à l'angine scarlatineuse, au début, que les erreurs du diagnostic sont fréquentes et que les plus habiles peuvent être forcés de suspendre leur jugement jusqu'à ce que la rougeur de la peau ait levé tous les doutes. D'autre part, la scarlatine s'accompagne des douleurs articulaires rhumatoïdes auxquelles on a donné le nom de rhumatisme scarlatin, et enfin, elle est à peu près la seule, parmi les fièvres éruptives, qui soit l'antécédent possible de la chorée.

L'intensité de l'angine scarlatineuse varie suivant les épidémies, tantôt assez prédominante pour figurer en tête des symptômes, tantôt si bénigne qu'elle n'occupe pas l'attention du médecin. Il en est de même des affections ganglionnaires consécutives, du coryza, des épistaxis, qui ne sont, en réalité, que des annexes du mal de gorge.

Dans les cas sporadiques, les mêmes variations se reproduisent. Il en résulte qu'on ne saurait déterminer, même avec les réserves les plus circonspectes, la fréquence absolue de chacun des modes de l'affection angineuse. On ne saurait davantage apprécier exactement la part afférente à l'angine dans la gravité si mobile de la scarlatine. Mais s'il est impossible d'estimer le degré d'intervention de l'angine, tant que dure la fièvre éruptive, il est plus facile de mesurer sa gravité, lorsqu'elle se prolonge, après les cinq ou six jours qui répondent à la durée moyenne de l'éruption.

La scarlatine ne s'épuise pas toujours avec l'exanthème, témoin l'albuminurie qui débute si souvent à une époque assez avancée, pour qu'il ne reste plus d'indices apparents de la maladie qui semblait définitivement guérie. Le mal de gorge peut subsister également insidieux, couvant sans grands symptômes, et faisant de nouveau explosion, après une ou deux semaines de répit, sous la forme la plus menaçante. Ces angines dites secondaires ne sont communément que la continuation ou la reprise d'un processus méconnu, plutôt qu'interrompu réellement. Elles sont en général d'un pronostic inquiétant, semblables en cela aux localisations secondaires de la rougeole. Il est donc prudent, lorsque, pendant le cours de la scarlatine, l'angine a acquis une certaine intensité, de ne pas se départir d'une surveillance assidue, jusqu'à ce qu'on soit assuré de sa parfaite guérison.

IX. Scarlatine des adultes. J'ai eu soin de dire et de redire que la description qui précède a trait expressément à l'angine scarlatineuse des jeunes sujets qui doivent servir de type pour la presque totalité des fièvres éruptives.

Chez les adultes, les symptômes sont loin d'avoir une égale

uniformité, et si, au lieu de tout confondre, on avait voulu prendre en considération l'âge des malades, on aurait évité bien des causes d'erreur.

Lorsque la scarlatine se déclare dans une famille, dans un pensionnat, dans un établissement quelconque, où des enfants sont réunis en grand nombre, les uns subissent la contagion complète, les autres sont et restent indemnes; une troisième catégorie, moins prédisposée que les premiers, plus accessible que les seconds, ne ressent qu'incomplétement l'influence épidémique. En pareil cas, la scarlatine avortée se produit sous la forme d'une angine plus ou moins intense, plus ou moins caractérisée. C'est là un fait d'expérience classique et qui prouverait, une fois de plus, à quel point la localisation de l'éruption dans la gorge est de règle.

Dans les épidémies qui frappent les centres de population où les enfants sont confondus avec les habitants plus âgés, les adultes apportent à la contagion une prédisposition très-réduite. Il n'y a pas une épidémie qui fasse ou qui ait jamais fait exception à cette loi.

L'indifférence relative au contagium tient d'abord à ce que la scarlatine est rarement sujette à récidive, et que la plupart des adultes en ont été affectés dans leur enfance; en second lieu, à ce que l'aptitude à contracter la maladie décroît avec l'âge, à ce point qu'après soixante ans on n'en observe pas d'exemple.

Je n'ai pas à apprendre que des adultes ont été mortellement frappés dans toutes les épidémies; qu'ils ont eu, même sans succomber, les plus terribles symptômes. Je n'ignore pas davantage que des enfants ont été préservés; mais, de part et d'autre, ce sont des exceptions dont on retrouve l'équivalent à propos de toutes les maladies épidémiques.

Les adultes, mis en contact avec les enfants scarlatineux, n'ont souvent, le plus souvent, que l'angine scarlatineuse, sans éruption cutanée, ou avec une éruption insignifiante. Il n'est pas un observateur attentif qui n'ait noté le fait, il n'est pas un médecin qui n'ait eu l'occasion de le contrôler.

L'angine est d'une intensité variable; habituellement elle

est réduite aux moindres proportions, et s'accompagne à peine d'un mouvement fébrile. Seulement, comme le malade est plus habile à renseigner sur ses sensations, il reconnaît dès la première manifestation l'apparition du mal de gorge. La rougeur se présente avec des caractères souvent mal distincts; la langue n'est presque pas modifiée. Il est rare que les parotides participent à l'affection locale, plus souvent les ganglions sous-parotidiens sont congestionnés et douloureux.

Le médecin, averti par l'existence de l'épidémie, ou par la présence d'un enfant scarlatineux dans la maison, n'hésite pas à reconnaître la nature de l'angine. Si l'éruption cutanée n'a pas lieu dans les quarante-huit heures, il sait de reste que la maladie ne dépassera pas son siége d'élection. D'autres fois l'exanthème cutané se produit, mais sous une forme bâtarde. Ce sont des taches douteuses, limitées à une région, autour du cou, à la poitrine, aux membres; c'est de la démangeaison, de la chaleur, de la sécheresse de la peau, sans rougeur cramoisie.

L'angine de l'adulte, avec ou sans exanthème irrégulier, peut subir les transformations que j'ai minutieusement décrites, et sur lesquelles il serait d'autant plus inutile d'insister, que ces transformations sont plus exceptionnelles. Mais qu'elle soit grave ou bénigne, l'angine résume en apparence toute la maladie. C'est presque toujours à la gorge que le malade rapporte la cause de son malaise, et c'est pour l'angine qu'il réclame des moyens de soulagement.

Si dans les épidémies le diagnostic a peu d'incertitudes, il n'en est plus de même dans les cas sporadiques. Il est probable que plus d'une angine scarlatineuse passe inaperçue ou méconnue chez les enfants, il est certain que chez les adultes, en l'absence d'éruption caractéristique, la scarlatine limitée à la gorge est le plus souvent confondue avec d'autres espèces. Lors même qu'une éruption cutanée a lieu, elle est parfois si indécise, si tardive, qu'elle ne résout pas les doutes.

J'ai eu à observer des cas d'angine que j'ai considérés et que je persiste à considérer comme scarlatineux chez l'adulte,

sans avoir les moyens de justifier absolument mon opinion. Il m'est arrivé, comme à tous les médecins, de ne pas reconnaître, surtout chez des adolescents de dix-sept à dix-huit ans, la nature du mal de gorge, et d'être renseigné trop tard par l'invasion d'un œdème albuminurique. Il m'est arrivé plus fréquemment de constater, chez des sujets du même âge, une albuminurie succédant à une angine que la famille avait jugée si inoffensive qu'elle n'avait pas cru nécessaire de recourir à une intervention médicale. Enfin, j'ai rencontré des formes d'affection angineuse où, malgré la plus attentive observation, il m'a été impossible de porter un diagnostic positif, tant ces symptômes avaient d'anomalies.

Je n'en veux rapporter qu'un exemple en l'abrégeant. Ces faits irréguliers sont tellement individuels que, même en multipliant les observations, on a peu de chances de rencontrer des cas absolument similaires.

M. X., quarante-huit ans, d'une constitution robuste, menant une vie active et très-rebelle aux menus soins de santé. Le 25 juin, il éprouve un violent malaise avec un mouvement fébrile sans frisson; mal de gorge indistinct, un peu de difficulté à avaler, sensation de chaleur ardente dans la gorge et dans toute la bouche. La langue est blanche, recouverte d'un enduit épais; mais il faut dire que, chez ce malade, les moindres indispositions ont pour effet de salir la langue à un degré tout exceptionnel. Malgré mon conseil, X. veut aller à sa campagne où il est attendu, le grand air lui sera favorable. A son arrivée, le mal de gorge a redoublé, la fièvre est intense, délire de jour et de nuit. Comme il n'y a pas de médecin dans la localité, on se borne à quelques boissons laxatives et acidulées.

Le 29 juin, éruption de nature indéterminée, généralisée, avec chaleur mordicante de la peau; prédominance de l'éruption au voisinage des jointures qui ne sont pas douloureuses. La fièvre continue, l'angine est plus vive.

Le 31 juin, douleurs dans le nez, épistaxis répétées qui paraissent amener du soulagement, délire de nuit, somnolence pendant le jour. L'éruption s'est presque complétement effa-

cée et il ne reste que quelques plaques d'un rouge pâle ou violacé.

Le 2 juillet, le malade revient à Paris, où il est ramené avec de suffisantes précautions. La gorge est moins rouge, la langue n'a pas changé d'aspect.

Le 3 juillet, œdème des membres inférieurs, peu considérable, sans œdème des extrémités supérieures et de la face. Pas d'albumine dans les urines.

Deux jours après, large desquamation commençant par les pieds, s'étendant aux mains, aux bras et au tronc, et, de tout point, conforme à la desquamation scarlatineuse.

La convalescence a été très-longue à s'établir, et ce n'est qu'au bout d'un mois que le malade, fatigué, dépourvu d'appétit, a pu reprendre, avec quelques réserves, ses occupations.

D'autres fois l'éruption, qui a été ici anomale, passe inaperçue ou n'existe pas, mais le mal de gorge prend une telle violence que la mort survient avant qu'on ait pu assurer le diagnostic.

Une jeune fille de vingt-trois ans, robuste, mais lymphatique, se plaint d'une douleur subite du cou avec difficulté à avaler et léger enrouement. Le pouls est fréquent; fièvre modérée. Les amygdales sont volumineuses, d'un rouge foncé; toute la bouche est ardente.

Bientôt les amygdales se couvrent de taches grisâtres qui ne tardent pas à prendre une coloration plus foncée. L'haleine devient fétide; les portions non recouvertes par l'exsudat deviennent violacées.

Les exsudations disparaissent pour laisser à nu des surfaces ulcérées, la bouche s'enflamme davantage et s'excorie. Des symptômes typhoïdes, à forme cérébrale, se déclarent. Toux convulsive de courte durée, vomissements; mort le troisième jour.

Cette observation que j'emprunte au docteur Schwebe (Casper Woch., 1845) est incomplète comme presque toutes les observations d'angine grave ou bénigne. Il n'existait pas

d'épidémie de scarlatine dans le pays, est-ce un ca
tine sporadique? Est-ce un érysipèle guttural?

X. ÉPIDÉMIES. — Il suffirait de rassembler les ca
dite maligne ou gangréneuse dispersés dans les recu
diques, pour voir combien le jugement est difficile;
avons une source d'informations bien plus précieu
parler des grandes épidémies du siècle dernier si s
décrites que leur récit a été et est encore un titre
pour les auteurs qui nous en ont transmis l'histoir

Bien que je m'abstienne à dessein des considérat
ment historiques, je ne crois pas qu'on puisse, en
l'angine scarlatineuse, se dispenser d'aborder la qu
débattue des maux de gorge putrides dans leur ra
la scarlatine. J'abrégerai de mon mieux cet expos
omettre d'important.

Vers l'année 1739, il éclata dans quelques comté
gleterre une épidémie de nature inconnue, qui
propagea dans tout le pays, atteignit Londres, où
terribles ravages et éveilla toute la sollicitude des
en même temps qu'elle effrayait la population.

La maladie, désignée sous le nom de *mal de gor*
*malin*, *ulcéreux*, ne répondait à aucune des espèce
On était à la fois dépourvu de notions pathologiqu
périences thérapeutiques. C'était un mal nouvea
dans ses effets, d'une violence inouïe, foudroyant
causer la mort en quelques jours et presque en
heures.

Les malades enfants ou adultes, mais les enfan
étaient saisis, au plein de la santé, par une fièv
de la céphalalgie, tous les signes d'une phlegma
çante. Invariablement ils se plaignaient, dès le d
malaise plutôt que d'une douleur de gorge (*sore*
*than pain*). La luette, les amygdales, le voile du
pharynx étaient d'un rouge vif. Dès le second jou
était parsemée de taches cendrées recouvrant de
ulcérées d'ulcérations plus ou moins profondes. I

à la peau une rougeur érysipélateuse avec des taches plus foncées. L'éruption n'était pas un accompagnement obligé de la maladie, elle n'avait lieu, dans certains cas, que le quatrième, le cinquième ou même le sixième jour; dans d'autres, elle manquait complétement.

L'éruption était critique, au dire des observateurs, et elle mettait fin aux vomissements et à la diarrhée habituelle du début. Les parotides s'enflammaient; le délire, le coma, la stupeur se succédaient pendant plusieurs jours; le pouls était dur, fréquent, à 120 au moins; l'urine pâle.

Cependant le mal de gorge, développé avant l'éruption et considéré comme la lésion significative, ou s'amendait vite ou se transformait. Un ichor fétide, irritant, coulait par les narines, corrodait les lèvres, descendant dans l'estomac qu'il excoriait. Sa virulence était telle qu'il avait suffi de déterger la bouche d'un enfant avec le doigt pour que le doigt fût dépouillé de son épiderme!

Telle était, en abrégé, la description donnée par Fothergill dans son mémoire classique (*Account of the putrid sore-throat*) et empruntée à l'épidémie de Londres en 1746, 47, 48. Telle est, à peu de chose près et presque sans variante, la description de l'épidémie de 1750 à 1753, observée par Huxham (*A dissertation on the ulcerous sore-throat*). Les monographies de Wethering (*de angina gangrenosa*), compilations trop souvent citées; les travaux de Grant, de Levison, de Sims, sont tous relatifs à cette même épidémie qui dura près d'un demi-siècle, dans le pays où on avait nié l'existence de la scarlatine et où on peut dire que, depuis lors, elle ne s'est jamais éteinte.

Il est hors de doute, en lisant ces descriptions d'une infatigable uniformité, que l'angine gangréneuse, maligne, épidémique, n'a pas existé et ne s'est développée nulle part, indépendamment de la scarlatine. Qu'on change le nom de l'épidémie, et qu'on accorde à Fothergill et à Huxham le mérite d'avoir décrit, avec un remarquable talent, la scarlatine à peine connue jusque-là, et on tranchera dans son vrai sens une question qui a vivement préoccupé le dernier siècle.

La maladie n'a pris la dénomination acceptée par les observateurs que parce que le nom leur avait été imposé par les malades. L'éruption cutanée est reléguée au second rang; l'éruption gutturale dont le caractère éruptif, chose étrange, n'est pas même soupçonné, fixe exclusivement l'attention du médecin, parce qu'elle a surtout fixé l'attention du patient. On est tellement entraîné dans cette voie extra-scientifique, que c'est à peine si on consacre quelques instants à l'examen de l'exanthème et quelques lignes à sa description; il n'est qu'un épiphénomène. On note cependant que chez les enfants il est la règle, chez les adultes de moindre régularité; mais on estime qu'il survient comme une poussée critique.

Cette vue clinique, qui n'attribue à l'éruption de la peau qu'une valeur presque insignifiante, tandis que toute l'attention se concentre sur la membrane muqueuse de l'arrière-gorge, semble en désaccord avec les opinions de notre temps, où la subordination se fait en sens inverse.

Je ne veux pas appuyer la doctrine des médecins du XVIII[e] siècle, et je crois qu'il est sage de tenir de l'éruption cutanée le plus grand compte; mais je ne puis me défendre d'admirer le sens médical de ces illustres maîtres.

En adoptant leur manière de voir, la scarlatine rentre dans le cadre des autres fièvres éruptives et des fièvres de toute nature, qui ont à la fois un siége sur quelque point de la membrane muqueuse et une traduction à la peau : la rougeole envahissant la muqueuse pharyngo-trachéale, avant d'être une affection dermique; la fièvre typhoïde se localisant dans les glandes intestinales, et ne donnant de signes à la peau qu'à sa seconde période. Elle se sépare de la variole, avec laquelle elle a bien moins d'affinités, et qui, dépourvue de localisation splanchnique, ne donne d'éruption à la gorge qu'après l'efflorescence des pustules cutanées.

L'angine, devenue artificiellement la maladie et toute la maladie, rendait cependant mal raison des phénomènes généraux. Il est vrai qu'on connaissait d'autres phlegmasies de l'arrière-gorge, accompagnées d'un mouvement fébrile égal à celui des plus graves inflammations; mais l'angine, si vio-

lente qu'elle fût, perdait bientôt de son acuité, et d'ailleurs elle avait rarement pris l'importance d'une épidémie, bien qu'elle fût plus fréquente à certaines saisons.

On inclina, comme il arrive toujours, à exagérer les proportions de la lésion supposée primordiale; les sécrétions semblèrent d'une âcreté de mauvaise nature, la fétidité de l'haleine éveilla l'idée d'une décomposition gangréneuse.

Les exsudats, soulevés, souillés de sang, parurent autant d'eschares, et les ulcères gangréneux furent considéres comme le foyer de l'infection générale. Si on examine, au fond et sans parti pris, les faits très-explicites rapportés par les auteurs, on reconnaît combien il y eut de préjugé dans cette filiation arbitraire des symptômes. Les deux cas les plus terribles, les plus rapidement mortels, rapportés *in extenso* par Fothergill, ont trait à des adolescentes qui n'avaient que de la rougeur de la gorge, pas de difficulté de déglutition, et qui moururent sidérées le troisième jour.

Les accidents cérébraux, stupeur, coma, délire, avaient une fatale signification; mais, comme les autres manifestations septiques aiguës, ils étaient hasardeux, manquant souvent et ne venant pas à une heure définie, dans cette affection où on ne trouvait pas de stade d'*acme*. L'angine persistant pendant toute la durée de la maladie et au delà, semblait seule rendre raison des symptômes.

C'est encore en ramenant toutes les altérations à l'angine qu'on interrogea les épidémographes des siècles précédents.

Fothergill s'est livré, sous ce rapport, à une recherche érudite où, depuis lors, tous ceux qui ont repris la question des maux de gorge putrides ont puisé, sans produire de nouveaux documents.

La première partie de sa monographie est consacrée à cette enquête historique où figurent toutes les épidémies angineuses, sous leurs dénominations presque innombrables: garotillo, morbus strangulatorius, pestilens facium affectus, carbunculus anginosus, angina pestilentialis, laqueus gutturis, passio anginosa, etc., etc. C'est dans cette collection de matériaux confus, souvent réduits à une courte mention,

d'autres fois plus développés sans être plus explicites, qu'on cherché, à une époque plus récente, les origines du croup.

Fothergill, en dehors de l'angine scarlatine, avait d notions assez imparfaites sur les affections de la gorge, qu considérait comme devant se terminer par résolution, p suppuration ou par induration squirrheuse. Huxham avait son usage une théorie des sels alcalins volatils, qui le dispe sait de toute comparaison avec les autres maladies, et l fournissait une explication suffisante. Les autres ont accept comme d'habitude, l'érudition toute faite; mais l'histoire d angines putrides ne saurait être constituée avec ces élémen accumulés sans critique.

Willan, dans le beau chapitre qu'il a consacré à la sca latine, a prouvé magistralement la nature scarlatineuse d épidémies de maux de gorge du XVIII^e^ siècle, en se bornant citer les écrivains des siècles précédents, sans les discuter.

Néanmoins, il est resté de tradition, pour un certain nor bre de médecins, que des épidémies de maux de gorge m lins, à forme putride et gangréneuse, se sont produites diverses reprises, et que, tout en reconnaissant combien l cas sporadiques sont rares, on doit maintenir cette espèc distincte de l'angine scarlatineuse. Non-seulement je ne pa tage pas une telle opinion, mais j'affirme que tous ce qui prendront la peine de lire les descriptions originales d épidémies de l'Angleterre, de 1740 à 1796, seront convainc que la maladie réputée nouvelle n'était autre qu'une scarl tine de mauvaise nature, à laquelle ne manquait aucun d symptômes caractéristiques, y compris l'imprévu des in dents et la multiplicité des modes de terminaison heureu ou fatale.

Depuis le commencement de ce siècle, les épidémies scarlatine ont été communes, terribles ou bénignes; les d criptions sont nombreuses, exactes, représentant les form qu'on retrouve dans les cas sporadiques, et il n'est pas un nous qui n'ait assisté à plusieurs invasions épidémiqu L'angine scarlatineuse a été telle que l'ont décrite nos deva ciers, si on s'en tient à leurs observations, en oubliant

nom malheureusement choisi qu'ils avaient adopté. En dehors des épidémies scarlatineuses, il ne s'est pas rencontré une affection épidémique présentant les caractères du *malignant sore-throat* de Fothergill et de Huxham.

## ANGINE MORBILLEUSE

I. L'angine figure à peine comme un élément très-secondaire dans la description de la rougeole. C'est en effet moins par lui-même que par les éclaircissements qu'il fournit sur d'autres affections angineuses que le mal de gorge de la rougeole mérite de fixer l'attention.

Cependant si, au lieu de se borner à en mentionner l'existence, on étudie l'angine morbilleuse avec plus de soin, on acquiert la conviction qu'elle n'est pas dépourvue d'importance et que tout au moins elle doit entrer pour une part dans la maladie dont elle est une des expressions.

II. Il est admis que la rougeole débute par un catarrhe aigu envahissant la gorge, le nez, se propageant aux yeux, au larynx, aux bronches. Ce catarrhe, symptôme presque obligé, ne différerait pas des autres affections catarrhales fébriles qui occupent le même siége, et de là la difficulté du diagnostic pendant les jours qui précèdent l'éruption. La bronchite, qui persiste après l'apparition de l'exanthème et qui, plus tard, va devenir une des pires complications dans les cas graves, n'est qu'un degré de plus du catarrhe initial.

On distingue ainsi dans la rougeole deux temps ou plutôt deux affections existant consécutivement ou simultanément, mais de nature diverse.

Plus j'ai examiné les choses de près, plus j'ai été convaincu que la rougeole doit être assimilée à la scarlatine; que, comme la scarlatine, la rougeole commence par la gorge avant de s'étendre à la peau; que l'éruption gutturale est le plus souvent

méconnue, mais qu'elle n'en est pas moins identique à l'éruption cutanée.

En retraçant l'histoire de l'angine scarlatineuse, je me suis appliqué à montrer comment les premiers observateurs avaient commis l'erreur d'isoler l'angine de l'exanthème; comment, faute d'avoir compris qu'il s'agissait d'un seul et même processus occupant les membranes muqueuses et la peau, ils avaient décrit une angine épidémique et une éruption, indépendantes l'une de l'autre. Une étude plus approfondie a fait justice de cette vue erronée, et il n'est plus un médecin qui consente à voir dans l'angine autre chose que la scarlatine de la gorge.

Le temps est venu de faire rentrer également le catarrhe prodromique de la rougeole dans l'histoire de l'éruption morbilleuse dont il n'est qu'un des temps ou plutôt une des localisations. Au lieu de déclarer que l'éruption de la rougeole débute du quatrième au cinquième jour de la fièvre prodromique, on doit admettre que l'éruption commence par les membranes muqueuses, et que c'est seulement vers le quatrième jour qu'elle apparaît à la peau.

Cette manière de voir, non-seulement est justifiée par l'observation directe des faits, mais elle est la seule qui s'accorde avec l'évolution ultérieure de la maladie. Tous les auteurs sont d'avis que la bronchite morbilleuse a des allures propres; ils acceptent plus ou moins explicitement l'existence d'un virus spécifique, ils supposent volontiers que la rougeole a une sorte de prédilection pour les membranes muqueuses. Il convient de substituer à ces vagues aperçus une donnée positive et de reconnaître que la rougeole est une affection éruptive ayant pour double siége les membranes muqueuses et la peau; que l'exanthème muqueux est aussi spécifique que l'exanthème cutané, et que la sécrétion catarrhale n'est qu'un épiphénomène.

C'est encore la scarlatine qui peut fournir les meilleurs points de repère et de comparaison. Nous avons fait voir l'éruption scarlatineuse commençant par la gorge et la cavité buccale; nous l'avons montrée reparaissant avec une nouvelle

intensité dans certains cas, vers le troisième ou le quatrième jour, persistant insidieuse et donnant lieu à de graves accidents, même après un septénaire. Nous avons indiqué les transformations que subit la lésion primitive de la gorge; nous avons insisté sur la différence capitale qui sépare l'éruption muqueuse de l'éruption cutanée, en ce que l'une s'éteint sans laisser de traces, tandis que l'autre détermine des altérations plus profondes et plus durables.

Non-seulement la rougeole peut être considérée comme obéissant, en thèse générale, aux mêmes lois; mais sa marche, moins rapide et moins tumultueuse, permet de discerner plus exactement les périodes. J'essaierai, dans la description qui va suivre, de présenter le tableau des diverses phases de la maladie, en limitant l'étude aux membranes muqueuses et en supposant connus les phénomènes éruptifs qui se passent à la peau.

III. Premier stade. — La rougeole débute par un état fébrile d'intensité variable, caractérisé surtout par de la lassitude, de la pesanteur de tête, de la courbature, de la somnolence. Le médecin se borne à constater les premiers signes et il attend, avant d'asseoir une opinion. Le plus souvent, il n'assiste pas aux malaises de la première journée.

Lorsque la maladie est épidémique, ou qu'elle a déjà atteint un ou plusieurs membres d'une même famille, on est averti dès les commencements, et déjà renseigné sur la nature probable de l'affection. C'est dans ces conditions, qui n'ont rien d'exceptionnel, qu'il faut être placé pour étudier l'évolution vraie des symptômes initiaux.

L'enfant ou l'adulte, car dans cette maladie la différence des âges est peu marquée, se plaint, outre le malaise général, d'empâtement de la bouche, d'un peu de chaleur et de sécheresse de l'arrière-gorge; et encore n'en parle-t-il, le plus souvent, que si on l'interroge. En examinant la gorge avec soin, et chacun sait combien il est rare qu'on procède en pareil cas à cette inspection, on constate une rougeur inégalement répartie, avec sécheresse de la paroi visible du pharynx.

Les piliers antérieurs et le voile du palais sont à peine plus colorés. Les piliers postérieurs, au contraire, sont souvent d'un rouge ardent. Sous ce rapport, la rougeole diffère de la scarlatine qui épargne habituellement le pharynx, elle se rapproche au contraire des angines catarrhales aiguës ou chroniques destinées à se propager au nez et au larynx, et qui occupent aussi la paroi pharyngée postérieure. La langue est déjà blanche au centre, étalée, pâteuse, lente à se mouvoir; le nez est sec.

Le lendemain, la sensation désagréable de la gorge a cessé, ou plutôt elle semble avoir disparu, parce que les fosses nasales sont plus vivement atteintes. Partie du pharynx, l'éruption morbilleuse se propage aux narines d'une part et au larynx de l'autre; mais le pharynx reste plus ou moins rouge et cependant d'une coloration plus pâle que dans la scarlatine, dans les angines rhumatismales et érysipélateuses.

Néanmoins, dans certaines épidémies où l'éruption cutanée est précoce, ardente, d'une confluence exceptionnelle, la rougeur est d'une teinte si cramoisie que c'est un motif de plus d'incertitude pour le médecin qui hésite à diagnostiquer une rougeole ou une scarlatine. Même dans ces cas, le plancher postérieur du pharynx est de beaucoup plus affecté que l'isthme du gosier, et c'est un caractère distinctif qu'on ne doit pas négliger.

L'éruption nasale détermine un coryza d'une forme particulière : peu de sécrétion et un chatouillement qui sollicite des éternuments répétés; les yeux sont injectés, les paupières congestionnées et bouffies. La conjonctive palpébrale est le siége d'une rougeur assez vive. Aux yeux surtout, aux fosses nasales, à un moindre degré, cette irritation spécifique provoque une sécrétion plus ou moins abondante. Il survient souvent des élancements douloureux dans l'oreille.

C'est à cause de cette sécrétion de larmes et de mucus, qui n'a pas besoin d'être signalée par le malade pour être constatée par le médecin, qu'on a été conduit à admettre une simple affection catarrhale. On sait pourtant que tous les irritants portés dans les narines ou sur la conjonctive produi-

sent les mêmes effets apparents, quelle que soit la diversité réelle de leur mode d'action. Dire que la rougeole débute par un coryza avec larmoiement, c'est énoncer simplement l'existence d'une irritation de la membrane muqueuse, sans en déterminer la nature.

Du côté du larynx même chatouillement : toux souvent rauque, stridente, sans expectoration, manifestement laryngée.

Les choses restent ainsi avec quelques oscillations pendant les trois ou quatre jours qu'on désigne sous le nom de prodromiques et durant lesquels l'éruption morbilleuse est bornée aux membranes muqueuses. La fièvre garde son intensité et ne change pas de forme, toujours plus gravative qu'ardente.

IV. Deuxième stade. — Tandis que, dans la scarlatine, l'exanthème guttural n'avait que peu de tendance à se propager et se concentrait à l'isthme du gosier ou ne s'étendait qu'à la langue et à la bouche, dans la rougeole, les muqueuses pharyngienne, nasale, oculaire, laryngée et trachéale, sont envahies presque simultanément.

Si, au lieu de se contenter des signes fournis par le coryza, par la toux, par le larmoiement, on poursuit jour par jour l'examen de la gorge, on reconnaîtra que cette phlegmasie, réputée catarrhale, est de nature éruptive. Les piliers ont participé à l'érythème, ainsi que les amygdales; le voile du palais est devenu le siége d'une éruption évidente qui s'étend jusque sur la voûte palatine.

La salive visqueuse, qui recouvre quelquefois les parties, étant détergée par une lotion avec de l'eau pure, on aperçoit distinctement les papules d'un rouge mat. L'arrière-gorge est sèche, luisante ou veloutée, et ce n'est en général, au plus tôt que le surlendemain de l'apparition de l'exanthème, que la membrane muqueuse tend à reprendre sa couleur normale.

Si on consent à continuer un examen attentif et répété de la gorge pendant les trois premiers jours de l'éruption, c'est-à-

dire à une époque où le diagnostic ne prête plus au dout on se convaincra de l'apparence toute spéciale que présente muqueuse. A cette époque, l'éruption, moindre à la gorg est plus confluente sur la voûte palatine. Là, suivant la forr de l'exanthème cutané et d'ordinaire en conformité avec l on observe des taches inégales, de formes variées lorsque rougeole est papuleuse; on trouve, au contraire, des saill papuleuses sensibles au doigt et très-distinctement visible l'œil quand la rougeole a ce qu'on est convenu d'appeler caractère boutonneux.

Je me rappelle, chez une fille de huit ans, qui n'eut q quelques boutons de rougeole à la face avec des symptôm angineux très-prononcés, avoir vu des plaques dissémin occupant la voûte du palais et tellement saillantes qu'el donnaient au toucher la sensation de véritables pustules.

Chez un autre enfant, dans la même épidémie (1863), l'éru tion buccale fut à peu près la seule manifestation éruptive q j'eusse à constater, bien qu'il n'y eût aucun doute possi sur la nature de la maladie; il n'existait certainement p au delà de quatre à cinq taches sur le visage et le reste corps était intact, mais le coryza, les éternuments, le larmo ment, la bronchite avaient des proportions presque excepti nelles.

L'éruption muqueuse est exempte de douleurs comme ce de la peau, elle s'accompagne de démangeaisons du nez probablement d'une sensation analogue du voile du pala sensation sur laquelle nous sommes mal renseignés.

Toujours est-il que le malade est souvent tourmenté p un besoin imaginaire d'expuition qu'on pourrait, sans t de hardiesse, appeler le ténesme de l'isthme. Il en résul chez les enfants, des efforts improductifs et des nausées ou vomissements.

Les épistaxis, si communes durant les prodromes, con nuent encore pendant la première période de l'exanthème.

V. TROISIÈME STADE. — C'est à partir du troisième ou quatrième jour de l'éruption à la peau, que le catarrhe spé

fique s'atténue si la maladie est moyenne. Tout rentre lentement, peu à peu, dans l'ordre : la fièvre tombe, la convalescence s'établit.

Dans d'autres cas, les choses ne se passent pas si heureusement. La gravité de la rougeole consiste surtout dans les lésions pulmonaires que je n'ai pas à décrire ici; mais la bronchite capillaire n'est pas le seul mode de complication fâcheuse.

L'affection spécifique des membranes muqueuses doit être partagée en deux périodes; une première, qui précède la rougeole cutanée, une seconde, qui succède à l'éruption déjà terminée. La première, dont je viens d'exposer les principaux symptômes, est de beaucoup la moins importante, et c'est sur la seconde phase que doit principalement porter l'attention.

La peau a repris plus ou moins sa coloration normale, tout au plus reste-t-il des taches cuivrées, la bronchite est dans des proportions moyennes, mais les membranes muqueuses du nez et de la gorge ne sont pas guéries. L'inspection directe fait voir qu'un certain degré de rougeur persiste, la sécrétion catarrhale épaisse, puriforme, d'une expuition difficile, continue. La fièvre se maintient avec le pouls fréquent et une chaleur à peine exagérée de la peau qui est sèche et rugueuse.

1° Si insignifiants que soient en apparence les accidents, ils sont pleins de menaces. Au bout d'une semaine ou deux, souvent même plus tard, le malade se plaint d'une douleur de l'oreille moins passagère que celles qu'il avait d'abord ressenties. La douleur a des exacerbations, l'ouïe est rapidement diminuée, parfois abolie du côté affecté. Un jour l'enfant, car cette propagation est plus fréquente dans l'enfance, éprouve une souffrance plus vive et surtout continue du côté de l'oreille externe dont le voisinage est douloureux à la pression.

La nuit est mauvaise; le matin, on constate un écoulement d'une abondance variable, plus ou moins liquide par l'orifice extérieur de l'oreille. Une nouvelle affection s'est produite, qui mettra des mois ou des années à s'améliorer, et qui en-

traînera trop souvent la perte de l'audition. Qu'il y ait ou n perforation du tympan, l'inflammation secondaire de trompe d'Eustache est d'une incontestable gravité. C'est vertu de cette complication secondaire que la rougeole figu dans les relevés statistiques au rang des principales caus de la surdi-mutité accidentelle, et de la surdité chez les in vidus plus avancés en âge ou qui n'ont été affectés que d'u seul côté.

2° L'inflammation secondaire ne s'étend pas à la tromp mais reste fixée dans les fosses nasales; elle y entretient u sorte de coryza chronique dont les dangers ne sont ignorés personne.

3° Elle peut de même, mais beaucoup plus rarement, laiss après elle une pharyngo-laryngite qui ne sera pas sans i fluence sur le développement des tubercules.

Qu'elle adopte une région ou une autre, l'inflammati morbilleuse consécutive emprunte à la maladie dont elle pr cède, un caractère et une marche spéciaux.

Les catarrhes aigus, si énormes qu'on les suppose, une f passés à l'état chronique, ne sont périlleux que par leur st bilité obstinée. Ce n'est qu'à la longue et après avoir sollici une sécrétion morbide qu'ils entretiennent, que la membra muqueuse s'altère. Les tissus sous-jacents demeurent inde nes. Il n'en est pas ainsi du catarrhe morbilleux chronique.

La rougeole ne s'épuise avec l'éruption que dans les form très-bénignes; dans les autres, elle laisse l'économie sous coup d'une profonde perturbation, ou, pour mieux dire, d'u cachexie subaiguë, dont on ne saurait trop se méfier.

Le coryza secondaire de la rougeole, s'il reste passif, e déjà d'un médiocre pronostic, s'il s'exacerbe, s'il prend p intervalles un certain degré d'acuité, il ulcère la membra muqueuse, pénètre jusqu'au plan osseux, détermine l'ozène, des nécroses partielles. L'inflammation morbilleu de la trompe est également destructive; à la gorge, on observ à la suite de l'angine, des sphacèles qui gagnent la joue et pe vent acquérir d'effroyables proportions ; l'ophthalmie n'a p des caractères moins inquiétants.

On peut dire que toute phlegmasie d'apparence catarrhale, se développant secondairement sur les membranes muqueuses où s'est fixée primitivement l'éruption de la rougeole, est de nature à inspirer des craintes. Le rougeoleux à demi guéri garde des aptitudes pathologiques qui lui sont propres. Chez lui, les affections secondaires ne se localisent pas à la peau, elles se limitent exclusivement aux membranes muqueuses; subaiguës, presque toujours indolentes, paresseuses, elles marchent par secousses, et avec l'allure des affections septiques à lente évolution. Il suffit d'assister au progrès d'un érysipèle de la face, survenant par exemple à la suite du coryza ou de l'otite de la rougeole, pour avoir une idée vraie de ce processus exceptionnel. La peau de la face est violacée, œdémateuse, peu sensible à la pression; l'érysipèle s'immobilise, puis avance comme par poussées; dans les parties qu'il a envahies, il se forme ici des abcès à suppuration rapide sans symptômes inflammatoires, là de l'œdème dur, ailleurs du soulèvement épidermique avec des ulcérations qui n'ont pas de tendance à bourgeonner. Le même travail morbide a lieu manifestement dans les points où nous sommes moins en mesure de le suivre : sur les membranes muqueuses du nez, de l'oreille moyenne et de la trompe, dans les bronches et même dans l'intestin, et il s'y termine par des ulcères, des érosions osseuses ou des tubercules.

VI. J'ai tenu à caractériser cette seconde période de la rougeole et je l'aurais fait avec plus de développements si je n'avais longuement insisté, à propos de la scarlatine, sur l'importance des accidents secondaires.

Cependant et quelle que soit la similitude des deux affections éruptives, le parallèle entre l'angine morbilleuse et l'angine scarlatineuse n'a de valeur clinique qu'autant qu'on établit les divergences aussi bien que les analogies.

La scarlatine a pour siége de prédilection la région de l'isthme. C'est là que l'éruption se concentre au début, c'est de là qu'elle irradie dans son second stade, pour atteindre les ganglions et le tissu cellulaire; c'est encore au niveau des

piliers et des amygdales que s'accomplissent les plus dangereuses transformations de la maladie. L'éruption scarlatineuse n'a aucune tendance à se propager aux fosses nasales, le larynx reste toujours indemne, sauf les cas très-exceptionnels où le croup laryngé s'est développé tardivement. La scarlatine malgré l'intensité des lésions gutturales ne figure pas plus au nombre des causes de la surdi-mutité que parmi les prodromes de la phthisie. Sa sphère est exactement limitée dès la première période, et quelque tumultueux que soient les accidents du second stade, ils ne s'étendent pas au delà du domaine assigné à l'exanthème primitif.

La rougeole envahit d'emblée l'arrière-gorge, le nez, les paupières, le larynx et les bronches. L'éruption initiale s'étend à la fois à toutes ces régions avant d'avoir atteint la peau. Les lésions consécutives n'ont pas d'autres limites, elles surviennent partout où l'éruption avait, pour ainsi dire, préparé le terrain.

Non-seulement les altérations secondaires de la rougeole diffèrent de celles de la scarlatine par leur distribution géographique, mais elles ne s'en éloignent pas moins par leur nature, leur mode d'évolution et leurs conséquences ultimes.

Le système lymphatique si profondément atteint par la scarlatine n'est presque jamais lésé dans la rougeole. Les ulcérations morbilleuses les plus graves n'exercent que peu ou point d'influence sur le système lymphatique. Leur marche se rapprocherait plutôt de celle des ulcères phagédéniques. Les amygdales au contraire participent essentiellement à l'affection, elles augmentent de volume et restent souvent tuméfiées, irritables.

Autant la scarlatine avait de véhémence, de tumulte et de désordre à ses premières comme à ses secondes manifestations, autant la rougeole est insidieuse et tenace. Le scarlatineux qui a franchi heureusement une angine de peu de semaines est de ce côté préservé de toutes craintes pour l'avenir. Le morbilleux réputé guéri peut garder des lésions qui se perpétuent ou qui s'aggravent pendant des mois et des années.

Les reliquats de la rougeole sont tellement nombreux et variés, ils sont soumis, pendant leur longue évolution, à tant de complications ou d'incidents que j'ai dû renoncer à en poursuivre l'exposé, même en la restreignant aux désordres des membranes muqueuses de la gorge et des cavités voisines. Le médecin qui voudrait écrire une histoire complète de la rougeole en ne bornant pas comme d'habitude son enquête à la phase éruptive, en ne la circonscrivant pas comme j'ai dû le faire dans une région limitée, et en prolongeant indéfiniment l'observation des malades, aurait à dérouler un des tableaux les plus saisissants de la pathologie.

Rien qu'à l'occasion de l'angine morbilleuse, que de données entrevues et qui attendent le complément de l'observation! n'a-t-on pas signalé, et le fait est vrai, que les épidémies diphthériques sont souvent précédées par des épidémies de rougeole quand les deux maladies ne se rencontrent pas dans le cours d'une même invasion épidémique? n'a-t-on pas noté la fréquence des angines herpétiques ou catarrhales dans les localités où sévissent des épidémies de rougeole? Aborder ces sujets qui ne comportent pas de descriptions sommaires, c'eût été sortir de mon programme, je me contente de les indiquer.

VII. Les indications du traitement sont données par la nature intime de la maladie, et on peut dire qu'elles sont dans la rougeole d'une singulière obscurité. Moitié aiguë, moitié chronique, moitié phlegmasique, moitié catarrhale, la rougeole n'autorise ni les hardiesses antiphlogistiques qui conviennent si bien à la scarlatine ni l'expectation.

Au début il est convenu qu'on doit se borner à rester spectateur de l'éruption, en quelque point qu'elle se produise.

L'éruption terminée, l'intervention du médecin est encore délicate. Le plus souvent la présence de la bronchite impose des réserves, ou c'est contre elle qu'on dirige la plupart des moyens applicables au second degré de la pneumonie non spécifique.

Le coryza ne saurait être abandonné à lui-même, sans im-

LANE LIBRARY

prudence, quand il persiste après l'exanthème. Les topiques irritants doivent être d'abord écartés, parce qu'ils peuvent avoir l'inconvénient de réveiller les accidents subaigus. L'emploi des injections nasales chaudes de décoction de ratanhia m'a paru donner les effets de beaucoup les plus favorables. J'ai essayé sans succès les insufflations de poudre de magistère de bismuth, qui, en séchant les parties, provoquent une sensation très-incommode.

La médication générale, mieux indiquée que la médication topique, ne se fait en réalité qu'au jour le jour. L'usage des toniques, du quinquina au premier rang, n'est à conseiller qu'autant que le malade ne garde pas d'état fébrile. Le plus souvent on est obligé de les suspendre par intervalles et de recourir à une alimentation reconstituante, comme unique moyen de traitement. Je n'ai pas besoin de rappeler combien est longue et indécise la convalescence des rougeoles *redoublées* lorsqu'elles ont présenté, après une apparente guérison, les accidents de la période secondaire, qui ressemblent alors à une rechute plutôt qu'à une continuation de la maladie.

## ANGINE VARIOLEUSE

I. Non-seulement les pustules varioleuses peuvent se développer sur les membranes muqueuses de l'arrière-gorge, mais il est rare que celles-ci soient soustraites à l'éruption.

C'est un exemple de plus de la solidarité des muqueuses des premières voies avec la peau.

L'éruption n'a pas de siége précis; on l'observe au voile du palais, à la voûte palatine, dans la bouche, sur le pharynx, sur les piliers et les amygdales. Elle est tantôt discrète, tantôt confluente. La pustulation cutanée ne donne pas la mesure de l'éruption gutturale, qui peut être abondante, tandis que les pustules sont peu nombreuses sur la peau et réciproquement

Les pustules de la membrane muqueuse n'apparaissent que tardivement, vers le deuxième ou même le quatrième jour de l'éruption exanthématique. Elles occasionnent une gêne souvent considérable, et pourraient en imposer par quelques-uns de leurs symptômes. La langue est plus épaisse, les malades accusent plus de soif, une difficulté variable de déglutition. La salive, déglutie avec effort, se sèche dans la bouche; la langue ne tarde pas, chez quelques individus, à prendre l'aspect fuligineux qu'on attribuerait à tort à l'état général, quand il est sous la dépendance d'une affection toute locale.

Les pustules sont petites, rondes, sphériques, veloutées sous le doigt, entourées d'une aréole rouge, linéaire. Le tissu intermédiaire n'est pas congestionné, mais garde ses apparences normales. L'évolution des pustules est plus rapide qu'à la peau et même que sur le visage; elles durent, en moyenne, quatre ou cinq jours, et quelquefois moins. La pustule se rompt, met à nu une surface ulcérée, rosée, sans exsudation dans aucun cas; l'ulcération se répare très-vite, et ne laisse aucune trace.

II. La variole, en permettant une comparaison exacte de l'éruption cutanée avec l'éruption muqueuse, nous fournit quelques données qu'il n'est pas sans intérêt de recueillir.

Les pustules de la membrane muqueuse sont loin d'être aussi caractéristiques que celles de la peau; leur processus très-simple se compose de deux temps : 1° un soulèvement de l'épithélium, sous forme de tache blanche ronde, légèrement saillante; 2° une ulcération superficielle à réparation rapide. Il sera souvent difficile à l'observateur le plus attentif de distinguer une pustule varioleuse de la gorge de tout autre produit éruptif, autrement que par son siége. Les pustules varioleuses sont en effet disséminées, sans acception de région, aussi bien sur les gencives ou sur la muqueuse buccale, que sur les piliers ou le pharynx, et c'est une particularité qu'elles présentent seules.

J'ai vu à plusieurs reprises la variole buccale s'accompagner d'une angine herpétique due probablement à l'irritation

consécutive de la gorge chez des sujets prédisposés. Les deux éruptions suivaient leur marche régulière. L'herpès durait plus longtemps, il n'occupait que les amygdales manifestement enflammées; les vésicules étaient moins nettement arrondies, elles guérissaient sans laisser d'ulcération.

On s'est demandé jusqu'à quel point il conviendrait de rapporter à l'éruption de la bouche et de la gorge la salivation, phénomène si bien étudié à tous les points de vue par les médecins du XVII[e] siècle. J'ai cherché à résoudre la question par l'examen direct, et j'ai pu constater que la salivation n'est en rapport ni avec la confluence des pustules de la muqueuse ni avec une période déterminable de leur développement. Chez divers malades, la salivation était très-abondante, bien que les pustules peu agminées fussent en voie de guérison. Chez d'autres il existait entre les deux manifestations un rapport dépourvu de toute valeur, du moment qu'il n'est pas constant.

L'éruption varioleuse pharyngo-buccale est toujours exempte de gravité, aussi bien à la première période que durant la période secondaire, lorsqu'elle existe. A l'inverse de la rougeole et de la scarlatine, la variole a son maximum d'intensité à la peau. C'est là et là seulement qu'on voit se développer, après la terminaison de l'exanthème, des furoncles, des ulcérations à transformations multiples, des érysipèles, des inflammations phlegmoneuses du tissu cellulaire.

On aurait pu prévoir cette prédominance en considérant que la variole n'a pas de localisation spéciale dans la bouche, et qu'elle envahit indistinctement des régions qui n'ont pas les mêmes aptitudes pathologiques, les lèvres, par exemple, ou les gencives et les amygdales. Toutes les affections éruptives qui se dispersent ainsi dans la bouche, comme les aphthes qui peuvent servir de type, n'entraînent pas de lésions durables de l'arrière-gorge.

## ANGINE HERPÉTIQUE

I. La dénomination d'angine herpétique a été employée tantôt comme terme générique pour désigner toutes les affections angineuses qui paraissent relever d'un vice herpétique ou dartreux de la constitution, tantôt comme un nom spécifique réservé seulement à l'herpès vésiculeux de la gorge.

C'est dans ce dernier sens que j'emploie ici le mot herpès.

Il y a dans la langue médicale des nécessités extra-scientifiques auxquelles nous devons nous soumettre. Lorsqu'un nom de maladie a acquis assez de notoriété pour que les malades en comprennent la signification, nous sommes obligés ou de recourir à des périphrases ou de nous servir d'expressions détournées de leur sens vrai. C'est ainsi que le nom de constitution herpétique a été substitué à celui de tempérament dartreux, terme vieilli, et qui rappelait l'aspect répugnant des pires affections de la peau. Peu à peu les deux expressions sont devenues presque synonymes, au grand détriment du vocabulaire médical qui s'appauvrit ainsi lorsqu'il paraît s'enrichir.

II. Même dans l'acception exclusive que j'adopte, l'herpès guttural n'est pas une affection parfaitement définie, et je ne puis me dissimuler que l'espèce nosologique si bien caractérisée à la peau l'est beaucoup moins sur les membranes muqueuses. A la peau, la vésicule se reconnaît aisément, parce qu'en supposant qu'à une période de son développement on conserve des doutes, les phases successives de l'évolution auxquelles on assiste lèvent les indécisions.

Sur la membrane muqueuse de la gorge, il s'en faut que l'évolution fournisse également des signes distinctifs. Remplie d'un liquide blanc, ou qui paraît avoir cette coloration par le fait de l'opacité de l'épithélium, la vésicule se rompt assez vite, la salive incessamment déglutie lave les surfaces

qui ne se recouvrent pas de croûtes caractéristiques. Vésicule ou pustule, l'éruption offre peu de différences, et l'observateur le plus soigneux est forcé de compléter le diagnostic par des indices incertains.

C'est ainsi que l'angine que j'ai désignée sous le nom d'acné a été et est encore confondue avec l'herpès; c'est pour le même motif qu'on a été conduit probablement à attribuer à des affections pustuleuses de l'arrière-gorge la dénomination d'herpès qui se présentait tout d'abord à l'esprit. Bien que je croie devoir signaler cette difficulté, je ne me sens pas en mesure de la résoudre. J'incline à admettre l'existence d'un certain nombre d'affections ecthymateuses des amygdales; mais je suis obligé, tout en le regrettant, de laisser à d'autres le soin de parfaire le diagnostic. Je tâcherai néanmoins d'indiquer, chemin faisant, les quelques circonstances qui peuvent conduire à un classement plus exact des angines dites herpétiques.

III. FORME AIGUE. — L'herpès de la gorge se produit sous deux formes assez distinctes; il est aigu ou subaigu. La première espèce, reconnaissable à des symptômes décisifs, plus pénible sinon plus grave, mérite une description plus étendue; la seconde exige moins de développements.

La maladie débute par un appareil fébrile considérable et tout à fait disproportionné avec la lésion à laquelle il doit aboutir. C'est là un fait important au point de vue théorique comme dans les applications pratiques. Les affections qui sollicitent à un si haut degré la participation de l'économie étaient rangées par les anciens, dans la classe des fièvres. Ils admettaient que, fébrile par essence, c'est-à-dire générale, la maladie se localisait secondairement; nous admettons, au contraire, que l'état fébrile n'est que la préparation et en quelque sorte la préface d'une localisation déterminée d'avance. Il n'y a pas là une simple divergence de mots, *angina febrilis et febris anginosa* ne sont pas doctrinalement des expressions synonymiques.

Dans l'hypothèse des anciens, la fièvre ayant une existence

propre reste pour ainsi dire maîtresse de choisir son terrain, et quelle que soit l'expression locale à laquelle elle se décide, elle n'a, de prime abord, aucune spécialité. Dans notre manière de voir, la fièvre, commandée par la lésion topique à laquelle elle doit son origine, n'a la valeur que d'une complication ou d'un incident prodromique. Suivant qu'il incline vers l'une ou l'autre des suppositions, le médecin attache une importance prédominante à l'état général du malade ou à l'altération locale dans laquelle l'état fébrile vient se résoudre.

On comprend que ce n'est pas ici le lieu d'aborder ces problèmes; il suffit de les énoncer et d'en borner l'application au cas particulier qui nous occupe. La fièvre par laquelle s'annonce l'angine herpétique franchement aiguë a une signification qu'on aurait tort de méconnaître; elle prouve que l'économie tout entière a été mise en demeure, et elle explique comment une affection peu signifiante par ses lésions est susceptible de troubler profondément l'organisme, d'exiger une longue convalescence ou de fournir occasion à des désordres qu'on n'eût pas attendus si on s'était borné à l'étude des altérations locales.

1° *Prodromes généraux.*—Le malade est saisi presque subitement d'un malaise énorme. Le frisson initial, pour n'avoir pas la solennité de celui de la pneumonie, n'en est pas moins inquiétant. La sensation de courbature est extrême, la langue se salit vite, la bouche se sèche, le pouls est plein, fréquent, résistant, la face est ardente, les yeux sont injectés. Ces premiers phénomènes se produisent dans un court espace de temps, quelques heures : une demi-journée, une nuit.

Dès le lendemain, l'état fébrile persistant sans amélioration, a pris quelques caractères particuliers qui varient suivant les dispositions antérieures du sujet, mais où on trouve d'utiles points de repère.

La céphalalgie est, de tous les symptômes, le plus incommode, et je ne sache, y compris la méningite aiguë, aucune autre maladie où le mal de tête prenne une égale intensité. Les douleurs sont gravatives; elles occupent de préférence la

région frontale, mais s'étendent à tout le crâne.
elles sont surtout occipitales et d'une intolérable
tête est pesante, difficile à mouvoir. Il existe des
seulement de souffrance, mais de congestion e
La lumière est mal supportée, le bruit redouble l
mouvement la réveille. Le malade est somnole
mais moins passif qu'il ne semble. Il rêve : ses id
dent, involontaires, tumultueuses, confuses, a
délire qui lui laisse assez d'empire sur lui-mêr
n'accepte comme réelles ni n'exprime les concep
dives qui l'obsèdent. Qu'on ne suppose pas que
tableau exagéré : tous ceux qui ont observé ave
ceux surtout qui ont subi cette très-pénible épr
naîtront que les symptômes que j'indique com
nant aux formes les plus aiguës, sont conformes

Cette céphalalgie est, suivant qu'on l'interp
cause d'erreur ou un élément précieux de dia
reur peut être d'y voir l'indice d'une affection cé
mençante, et c'est surtout chez les jeunes enfants
disposé à concevoir des inquiétudes. Mais, si viol
soient, les phlegmasies des enveloppes du cerve
guère avec tant de soudaineté, et lorsque, par ex
sont énormes dès le début, les accidents convul
tremblement, nystagmus, roideur des membres,
apparaissent en même temps en quelque point.
il n'existe pas de phlegmasie pulmonaire ou aut
sionne une aussi vive céphalalgie à sa première
point qu'on pourrait dire que la violence du m
soudaineté, sa commitance avec une fièvre int
autres manifestations, autorisent déjà la suppo
angine herpétique imminente.

En posant ce diagnostic prématuré, on a le bé
surer le malade et ceux qui l'entourent, de ne pa
à un traitement précipité par les dérivatifs ou l
sanguines, et surtout de diriger son examen d
bien défini.

Dans la multiplicité des malaises qu'il épro

allourdi, le malade classe les accidents qu'il accuse d'après le plus ou moins d'incommodité qu'ils lui causent. Il se plaint de la fatigue, de la soif, de la somnolence ou de l'insomnie, du dégoût, des nausées, de l'état pâteux de la bouche, de la chaleur de la peau; mais il ne songe pas, à moins qu'on ne l'interroge, à mentionner la gêne insignifiante qu'il peut ressentir à la gorge. Questionné sur ce point, il se tâte, s'étudie, et dès qu'il a répondu qu'en effet la déglutition lui est quelque peu douloureuse, il a de ce seul mot ou décidé la question ou préparé la solution qu'un examen direct va compléter.

De deux choses l'une, ou l'éruption herpétique existe déjà, et alors il n'y a plus place au doute, ou les parties sur lesquelles elle ne tardera pas à se développer sont seulement le siége d'une congestion inflammatoire. Dans le second cas, qui représente moins de la moitié des possibles, le diagnostic n'est pas sans difficultés. Il se peut, en effet, qu'on assiste au début d'une angine rhumatismale ou érysipélateuse, lesquelles entraînent également un grand appareil fébrile.

L'hésitation, dans les circonstances les moins favorables, ne se prolongera pas au delà d'une journée, mais, le plus souvent, l'incertitude vient surtout de ce qu'on n'a pas apporté à l'inspection de la gorge une suffisante attention. Il ne suffit pas d'introduire rapidement une cuillère dans la bouche, d'abaisser la langue et de jeter un regard furtif sur des parties mal éclairées, il faut d'abord faire gargariser le malade à plusieurs reprises avec de l'eau tiède, le placer dans une situation commode pour lui et pour l'observateur, faire maintenir la tête et répéter l'examen jusqu'à ce qu'on soit sûr de n'avoir rien omis. Avec ces précautions, il arrivera rarement qu'on ne découvre pas, dès la première investigation, au moins une vésicule, petite, située parfois sous l'amygdale, en arrière d'un pilier, dans une anfractuosité, mais qui, à elle seule, affirme la maladie.

L'herpès guttural aigu est en effet très-précoce, il apparaît habituellement presque en même temps que les premières manifestations fébriles; mais, comme ses modes d'évolution

sont variables, il convient de l'étudier isoléme
revenir plus tard sur les accidents généraux
pagnent.

2° *Eruption herpétique.* — L'herpès, dans l
franche acuité, est discret ou confluent; il fait
masse ou successivement; il a pour siége de pr
amygdales, et se propage ou non aux parties vo
les tissus qu'il affecte sont eux-mêmes diver
difiés.

La confluence de l'éruption gutturale ne
comme pour la variole et si souvent pour la scarl
sité de la maladie. Trois ou quatre vésicules
vent entraîner une fièvre énorme, et sous ce nom
la somme des symptômes qui composent la py
dant c'est le plus ordinairement dans les formes
l'éruption est peu abondante et lente à se dévelo

L'herpès, d'abord réduit à quelques vésicule
première et même la seconde journée, peut donn
poussée subite qui, de discret, le rende confl
rapport, il est dans les conditions des fièvres
procèdent également par accès.

Il apparaît tout d'abord sur les deux côtés d
au contraire il achève presque son développemen
avant d'apparaître sur l'autre, ou enfin il n'exist
seule des deux moitiés.

Lorsque l'herpès occupe exclusivement les ar
glandes sont habituellement le siége d'une phle
nature particulière; augmentées de volume, ce
cile de reconnaître, si on n'est pas renseigné par
sions antérieures, elles sont bosselées, muriform
loration est d'un rouge plus ou moins foncé.

Lorsqu'il se fixe sur les piliers ou sur la portio
du voile du palais, l'herpès détermine un léger
Les vésicules, plus nettement limitées, s'entour
réole ou plutôt d'un liseré cramoisi. L'herpès
confluent sur la membrane muqueuse, il est m
qu'on l'y observe, à l'exclusion des amygdales;

jours le foyer est tonsillaire, et c'est à peine si quelques vésicules semblent s'être égarées sur les parties attenantes.

Cette règle est si vraie qu'il y a lieu de douter de la nature herpétique des éruptions qui épargnent les amygdales et se rassemblent sur le voile du palais et sur les piliers.

Quant au pharynx, il est encore plus communément préservé. La localisation de l'herpès guttural n'est pas dépourvue de signification. Je me suis attaché à montrer, dans les diverses angines déjà décrites, que l'extension de la lésion, quelle qu'elle soit, est en rapport avec le siége où elle se développe de préférence; pharyngée, elle tend à se propager au nez ou au larynx; tonsillaire, elle n'a pas les mêmes tendances à s'étendre. En fait, l'herpès ne se disperse pas et n'excède pas les limites du triangle formé par les piliers antérieur et postérieur.

La douleur et la gêne de la déglutition ne sont pas en rapport avec le plus ou moins de confluence de l'éruption, mais avec le degré d'inflammation des parties affectées. D'abord peu sensible, la douleur devient de plus en plus vive pendant les deux premiers jours, elle va ensuite déclinant, et il arrive souvent que l'éruption existe encore que la souffrance a déjà cessé. La douleur vraie se déclare en général brusquement et disparaît de même, surtout pendant le sommeil; au réveil, le malade se sent, par comparaison, non pas amélioré, mais guéri.

L'éruption ne doit pas absorber l'attention et faire oublier les autres manifestations locales qui l'accompagnent et qu'on est trop enclin à négliger. Par elle-même, l'éruption vésiculeuse n'a pas d'importance, tandis que la phlegmasie concomitante de la membrane muqueuse ou des amygdales mérite d'être constatée et combattue. Je reviendrai plus loin sur les complications que peut provoquer l'état inflammatoire, ou par l'excès de son intensité ou par l'excès de sa persistance.

La durée de l'exanthème herpétique aigu est, en moyenne, de quatre à six jours au plus. L'éruption peut avoir lieu d'une seule poussée ou successivement, par deux invasions qui se succèdent, séparées par un jour ou deux d'intervalle. Dans

ce dernier cas, la maladie atteint son maximum
mais la seconde invasion est toujours moins fébr
première et même topiquement moins aiguë.

3° *Siége et développement des vésicules.* — J'ai tâ
sumer les divers modes d'efflorescence de l'herpès
en masse ; la description serait insuffisante si je n'
le processus de la vésicule envisagée isolément. I
d'une affection éruptive n'est réellement bien co
quand on se représente les deux termes qui répond
actes pathologiques différents : d'une part, la con
précipitation ou la lenteur de l'exanthème, en un
ce qu'on pourrait appeler sa force germinative ; de
développement ou la végétation de chaque produi
partir de son éclosion.

La vésicule herpétique varie d'aspect, suivant q
sur l'amygdale ou sur un autre point de la meml
queuse. Je ne décrirai que l'herpès tonsillaire qui
assez d'intérêt pour exiger une description.

Les vésicules se présentent sur l'amygdale sous de
l'une plus rare et qui a jusqu'ici passé complèteme
çue, l'autre plus fréquente et presque normale.

Dans cette première variété, le malade plus ou
vreux se plaint d'une douleur vive, d'une ardeur d
qui l'oblige à faire un effort douloureux pour avale
Si on examine l'arrière-gorge avec la rapidité qu'or
dinaire à cette inspection, on voit seulement que
dales sont volumineuses, inégales, rouges, et on
une amygdalite simple ou catarrhale.

Cependant les phlegmasies tonsillaires francheme
sont si peu communes qu'on s'étonne et de la sou
l'invasion et de la véhémence du malaise et de l'e
de la souffrance.

En y regardant de plus près, on distingue sur
opaque de l'amygdale de petites élevures transpa
rondies, plus ou moins agminées, et qui donnent
une apparence singulière. Ces vésicules assez sembl
gouttelettes d'eau sucrée sont bordées par un cer

Elles conservent pendant deux ou trois jours leur aspect et leur limpidité et se rompent sans avoir subi d'autre transformation visible, en laissant une ulcération indistincte qui ne dure pas au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Dans la seconde forme de beaucoup la plus commune, la vésicule est, de prime abord, marquée par un point blanc opaque, plus ou moins nacré ; on s'en ferait une idée fausse en prenant pour type l'herpès de la lèvre. La vésicule, en effet, n'est pas sphérique, mais déchiquetée sur les bords ou tout au moins à contours irréguliers. Le deuxième et le troisième jour elle augmente visiblement de volume, sans atteindre les dimensions moyennes de l'herpès vésiculeux cutané.

Tout le monde sait combien il est difficile de déterminer l'élément anatomique de la peau qui intervient dans la formation des vésicules. Les dermatologistes se bornent à dire que cette production pathologique est formée par une enveloppe épidermique remplie de sérosité. L'herpès se manifesterait donc indistinctement sur tous les points de la peau où l'épiderme peut être soulevé, sans acception des éléments anatomiques sous-jacents.

Il n'en est pas ainsi aux amygdales. Les vésicules herpétiques ne naissent pas partout indifféremment : elles ne se développent qu'à l'orifice ou sur les bords des cryptes muqueuses et jamais sur les saillies globuleuses de la glande. C'est en considérant ce siége obligé qu'on est conduit à se demander si ces éruptions sont réellement des vésicules dues à un simple soulèvement épithélial, ou si elles ne sont pas dues à l'inflammation d'un des appareils glanduleux dont l'amygdale est pourvue.

Quoi qu'il en soit, le siége des produits éruptifs rend compte et de leur forme et d'un certain nombre de leurs caractères extérieurs. La vésicule, dès le premier jour, se moule sur la cavité anguleuse à l'orifice de laquelle elle a pris naissance et acquiert ainsi des contours irréguliers. En passant le doigt à la surface, on ne sent ni dépression ni élevure, et on ne change rien à l'aspect de l'amygdale.

Le second ou le troisième jour, la vésicule se rompt ou paraît

se rompre. Du quatrième au cinquième jour, elle sans laisser de traces. Je sais qu'on a admis l'exist cérations à fond blanchâtre, mais en y regardant d'attention, je crois qu'on a pris pour une surface l'ouverture de la crypte que la vésicule occupait.

La coloration blanche de la vésicule doit-elle être à une infiltration de l'épithélium qui deviendrait se vascularisant à la manière de la cornée, est-elle caséeux de la sécrétion? Je serais disposé à admet double processus a lieu; mais, en tous cas, la natu duit sécrété joue le principal rôle.

Les vésicules peuvent rester isolées et parfaite tinctes, depuis le début jusqu'à la fin.

4° *Productions couenneuses.* — D'autres fois il s un travail pathologique secondaire sur lequel il saire d'arrêter l'attention, parce que de toutes les tr tions que subit l'éruption primitive, c'est sans co plus importante.

L'intervalle qui séparait d'abord les vésicules se d'une couche caséeuse blanchâtre, plus ou moins ép ou moins étendue, et qui peut revêtir la totalité d dale. Cette couche n'a pas la demi-transparence de cule qui se forme dans certaines phlegmasies tons qui est l'analogue de l'enduit blanchâtre des gen les fébricitants.

Elle se produit à des périodes diverses de l'affect il faut bien reconnaître qu'on examine rarement la les premières heures et qu'il est difficile d'assigner précise à l'apparition des premiers points vésiculeux le médecin est appelé, qu'il est averti de l'existence de gorge et qu'en abaissant la langue, il aperçoit un blanche, irrégulièrement étalée, il a peine à se défen certaine émotion. Est-ce une affection diphthériqu un exsudat insignifiant? Posée en ces termes, la qu assez grave pour qu'on ait dû aviser aux moyens de la en toute hâte.

Lorsque la fièvre, la céphalalgie, les phénomèn

barras gastrique ont éclaté avec une grande violence, c'est déjà un élément de décision; mais, comme l'appareil fébrile existe à tous les degrés, il est nécessaire de se reporter au diagnostic local de l'exsudation.

Les caractères tirés du simple aspect de la pseudo-membrane sont plus incertains que ne le donneraient à croire les descriptions de la plupart des auteurs. On dit que la couche caséeuse est molle, sans consistance, sans adhérence aux parties qu'elle tapisse, il semble que ce soit, comme son nom l'indique, une sorte de revêtement caséeux accidentel. Et cependant, avec quelque patience ou avec quelque énergie que le malade se gargarise, le dépôt ne se dissout ni se détache, les liquides ingérés, les aliments plus solides ne l'entraînent pas. Lorsqu'on passe le doigt sur l'amygdale, il n'emporte pas de parcelles et ne modifie pas l'apparence de la surface. On dit aussi que la couleur est plus mate, mais ces distinctions de plus ou de moins sont toujours douteuses. Quant à la douleur, elle varie, suivant une foule de circonstances qu'il est impossible de préciser.

Il n'y a qu'un moyen, un seul, de préciser le diagnostic, et heureusement il est infaillible. J'ai noté, en insistant de parti pris sur ce point, le siége de l'éruption située à l'orifice des cryptes tonsillaires, tandis que la couche caséeuse de seconde formation occupe les surfaces saillantes. Grâce à cette disposition, si on réussit à enlever la pseudo-membrane, on retrouvera au moins les traces des vésicules qui caractérisent la maladie et qui sont préservées, parce qu'elles siégent dans les fossettes de l'amygdale. Une fois les vésicules reconnues, l'hésitation n'est plus permise.

Le meilleur procédé pour absterger l'amygdale est celui que j'ai eu occasion d'indiquer à diverses reprises et qui consiste à promener sur l'arrière-gorge une tige de bois revêtue à son extrémité d'une légère couche de ouate. Avec un peu d'habileté on arrive à former, avec la ouate qu'on enroule à la manière des fleuristes, une sorte de tampon assez adhérent pour qu'il soit sans profit de l'assujettir avec un fil. Ce petit appareil, de beaucoup préférable aux pinceaux de charpie, a,

outre l'avantage d'être plus résistant et moins volumineux, celui de ne pas intimider les malades, circonstance de peu de valeur, mais qui cependant n'est pas sans intérêt, lorsqu'il s'agit de procéder à une opération qu'on doit souvent répéter. Il faut appuyer assez fortement et s'y reprendre à plusieurs reprises, en changeant le tampon de ouate, pour obtenir un résultat probant. On réussit toujours avec une suffisante patience, quand l'affection est réellement un herpès tonsillaire.

De quelle nature est cette couche pseudo-membraneuse ? Est-elle sous-épithéliale, et est-ce à la persistance de l'épithélium qui la recouvrirait qu'on doit attribuer sa ténacité ? Est-elle un exsudat couenneux qui ne différerait des productions analogues que par sa moindre consistance ? Est-elle sécrétée par la membrane muqueuse dans les points qu'elle recouvre ? Est-elle le produit de l'exsudation de la vésicule qui se serait étalé ?

Je ne saurais m'arrêter à une explication qui me satisfasse. Tout ce que je puis affirmer, c'est qu'en y regardant avec soin, je n'ai jamais vu d'ulcération manifeste sous cette plaque et que la muqueuse ne saigne pas quand on l'essuie avec quelque précaution.

L'herpès guttural avec formation de fausse membrane secondaire représente, dans la presque totalité des cas, la maladie qu'on désigne sous le nom d'*angine couenneuse commune* ou bénigne. Les autres formes qu'on a rangées artificiellement sous cette dénomination sont des angines scarlatineuses.

L'angine couenneuse commune n'existe pas à titre d'espèce, elle est une simple modification, une complication, si l'on veut, de l'angine herpétique. Si on a persisté à admettre ce type confus et destiné à disparaître, c'est qu'on s'est borné à une constatation grossière de la fausse membrane, sans prendre la peine de pousser plus loin l'examen, et qu'on n'a pas cherché à mettre en évidence les vésicules de l'herpès masquées seulement par la couenne.

L'étude des pseudo-membranes offre cliniquement assez de difficultés pour que ce soit déjà un bénéfice que d'en détacher

une espèce bien définie et munie d'un caractère pathognomonique.

La plaque plus ou moins caséeuse qui change l'aspect des surfaces malades, sans introduire un nouvel élément, est de consistance, d'étendue et de durée variables. Elle apparaît, comme je l'ai dit, de très-bonne heure, elle disparaît d'elle-même en peu de jours, sans qu'il soit besoin d'un traitement. Ses dimensions varient depuis la grosseur d'une lentille jusqu'à un centimètre et au delà, de diamètre. Elle peut déborder les amygdales, tapisser les anfractuosités qui les séparent des piliers antérieur ou postérieur, remonter le long du voile du palais et toucher la luette, mais il est extrêmement rare qu'elle prenne une si large extension.

La douleur, la difficulté de la déglutition ne sont ni accrues ni diminuées. Lorsqu'il se produit, dans le cours de la maladie, une fausse membrane, elle n'ajoute rien aux symptômes généraux et n'éveille pas une recrudescence de la fièvre : on l'observe, d'ailleurs, dans un nombre relativement minime d'angines herpétiques, en dehors de quelques rares épidémies. A tous les titres, comme on le voit et comme je tiens à le répéter, la production couenneuse commune n'est qu'un épiphénomène.

J'ai exposé les symptômes généraux par lesquels débute l'angine herpétique, puis, laissant de côté la maladie générale, j'ai étudié l'éruption en elle-même, son efflorescence, les modes multiples suivant lesquels elle se développe, et la végétation de chaque vésicule. Cette description ainsi interrompue a ses avantages et ses défauts, elle répond en somme au procédé que le médecin suit au lit du malade, passant des phénomènes généraux aux accidents locaux sans y mettre plus d'ordre.

Je reprends, après l'étude spéciale de la lésion, l'histoire du malade.

5° *Marche de la maladie.* — La fièvre qui a commencé intense après quelques frissons, persiste pendant deux à trois jours, sans que la céphalalgie diminue, si on n'y a porté remède ; la langue est couverte d'un enduit blanc très-épais,

mais elle n'est pas étalée comme dans les
triques. La fièvre, la céphalalgie, la chaleu
sensation de courbature tombent du même c
ment, au plus tard le sixième jour.

Le malade entre alors dans un stade de co
vent plus durable que la maladie et moins rap
pu le supposer après une si courte fièvre. L
reste languissant. La soif persiste, la bouch
désagréable, les aliments semblent n'avoir p
convalescent, pâle, fatigué, incapable du m
garde une sorte d'allanguissement exempt
auquel il se laisse aller volontiers. C'est da
après dix à douze jours de repos, qu'il est e
prendre ses occupations ou sa libre activité.

Toutes les maladies qui font une brutale
éclatent à la manière des grandes phlegmas
sans provoquer une perturbation profonde
Parmi les malades ainsi affectés, les uns se ré
ment, les autres se relèvent avec peine et ne s
d'aider la réparation, lors même qu'ils ont ai
la période aiguë.

J'ai vu des individus singulièrement éprou
gine herpétique dont les symptômes locau
n'avaient offert aucune particularité. Chez u
mon excellent collègue et ami, le docteur Del
muniqué l'observation, un délire mélancoli
pendant la convalescence, se prolongea penda
de jours, et guérit complétement dans l'espa
non sans avoir causé de vives appréhensions.
fait analogue chez un enfant de douze ans, qu
ment d'un *subdelirium* passager. Il n'est pas
n'ait eu occasion de soigner des malades pour l
angineux avait les proportions d'un événemen
longue était la fatigue des membres inférieurs
mérité le nom de parésie. Je ne parle pas de
voile du palais qui rentrent dans la catégori
locaux et qui n'ont aucune relation avec le

d'appareil fébrile. D'autres fois et surtout dans les formes presque apyrétiques, le retentissement général est à peu près nul, et la guérison succède à la maladie sans l'intermédiaire de la convalescence.

6° *Accidents consécutifs.* Localement l'angine herpétique peut avoir des conséquences qu'il importe de mentionner. Là ce n'est plus le mouvement fébrile qui doit être pris en considération, mais l'état des parties, et bénigne ou non, aiguë ou subaiguë, l'angine donne également lieu à des accidents concomitants ou consécutifs à l'éruption.

Il arrive souvent que tout d'abord et même avant que le mal de gorge ait atteint son maximum d'intensité, le malade accuse une sensation douloureuse des muscles du cou, et qu'il se plaint d'une tension incommode le long de la branche transversale de la mâchoire inférieure, avec gonflement des ganglions sous-maxillaires. Ce dernier symptôme, qui a été donné comme appartenant aux prodromes de l'érysipèle de la face, pourrait devenir une cause d'erreur sans importance. Douleur et gonflement disparaissent d'eux-mêmes après deux jours au plus de durée.

Il n'en est plus ainsi des engorgements ganglionnaires qui surviennent pendant le cours de l'angine. Chez les jeunes sujets à constitution molle, toutes les inflammations des amygdales et de la membrane muqueuse de l'isthme, quelle que soit leur nature, intéressent le système lymphatique et sont l'occasion d'engorgements passifs des ganglions du cou. L'herpès, lorsqu'il se lie à une phlegmasie parenchymateuse tonsillaire, entraîne le même résultat. L'hypertrophie indolente des ganglions est sans importance jusqu'au jour où un travail phlegmasique viendra transformer la lésion et donner naissance à un abcès de mauvaise espèce. Or, l'éruption herpétique aiguë remplit les conditions nécessaires pour aider à cette transformation chez les individus prédisposés. La santé générale est à quelque degré compromise, l'altération locale des tissus a une suffisante acuité, et elle peut pénétrer profondément, bien que les vésicules n'occupent que la superficie. Aussi n'est-il pas rare de voir des abcès ganglionnaires suc-

céder à un herpès tonsillaire ou commence
de l'exanthème, leur lente évolution. Il en
de l'herpès comme de la scarlatine, à pro
longuement insisté sur ce processus secon

L'angine herpétique détermine pareille
mieux, accompagne des phlegmasies aig
lulaire qui entoure l'amygdale. Un grand
mons débutent par une éruption vésicu
durant les premiers jours de la maladie. J
cer ce fait sur lequel je reviendrai en p
phlegmoneuse.

Enfin, l'herpès en occasionnant une flu
considérable, mais toujours existante à qu
rise l'hypertrophie des amygdales elles-m
bien que le fait soit constant, l'interprét
Est-ce l'herpès qui est responsable du
amygdales, ou, au contraire, ces organes
et habituellement congestionnés ne fourni
rain plus propice à l'éruption ? Il est vrai qu
posés à des poussées fluxionnaires de la g
autres, semblent aussi plus sujets aux an
mais outre que cette coïncidence n'est rien
elle ne tranche pas la question. L'herpès,
être considéré comme un accident indiffére
qu'il n'intervienne pas seul, il concourt p
gorgement. Je n'ai pas besoin de redire q
hors de cause et que, chez eux, l'augmenta
amygdales est toujours insignifiante.

IV. FORME SUBAIGUE. Après la longue
viens de tracer de l'angine herpétique
l'herpès apyrétique ou subaigu ne demar
pements. Les symptômes sont les même
durée n'est ni plus courte ni plus longu
ni plus discrète ni plus confluente. Et c
me défendre de quelque scrupule scientif
sous le même nom d'Espèce deux affecti

chent par l'aspect de l'éruption, et qui s'éloignent par l'ensemble des manifestations pathologiques. Si le nombre des vésicules, si leur mode de maturation expliquait, comme dans la variole, la bénignité relative de la maladie, il n'y aurait ni réserve ni objection, mais il n'en est pas ainsi. L'herpès sans fièvre, sans grande douleur, sans rougeur vive, sans gonflement, peut être beaucoup plus confluent que l'autre.

Convient-il donc d'admettre en thèse générale que l'éruption par elle-même n'est qu'un élément accessoire, que la somme des symptômes locaux et généraux dépend non pas de l'efflorescence vésiculeuse, mais de l'état inflammatoire des tissus où elle se développe ?

La comparaison de l'herpès labial avec l'herpès guttural peut fournir des éclaircissements qu'on aurait tort de négliger.

Il est d'observation fréquente que l'angine herpétique coïncide avec l'herpès labial. Les deux éruptions ont lieu simultanément ou successivement. Le fait suivant dont j'abrége les détails suffira pour donner un type. Je m'abstiens à dessein de multiplier des exemples qu'il serait trop aisé de rassembler en grand nombre, tant les occasions de les rencontrer sont communes. Il sera facile à tous les médecins de trouver, dans leur pratique, des faits pour contrôler la description que j'ai tracée de la maladie.

Homme, vingt-deux ans (hôpital Necker, salle Saint-André, 14). Le 16 juin, il se plaint d'une légère douleur de gorge qui ne dure pas. Le 19, mal de tête léger, fièvre moyenne, souffrance vive en avalant; il entre à l'hôpital.

Le 20, on constate sur les deux amygdales de petites vésicules blanchâtres disséminées et bieu distinctes. Sur le pilier antérieur gauche une petite traînée blanchâtre, large d'un millimètre et longue de six à huit. A droite quelques points laiteux moins nombreux, et une vésicule sur la face antérieure de la luette qui tranche sur la teinte rouge vineuse de l'isthme du gosier.

Sur la lèvre inférieure de nombreuses vésicules d'herpès que le malade dit s'être produites un jour avant le début de la

fièvre. Ces vésicules agminées siégent au p
la muqueuse labiale et de la peau. Un grou
externe droit des lèvres, un autre la part
du nez, enfin une agglomération de vésicule
fixée à la pointe du nez.

Le 21 juin, la traînée qui existait sur l
gauche a disparu. Les vésicules des amygd
gauche, semblent s'être réunies et forment
grandeur d'une pièce d'un franc de chaque
que difficilement, et après plusieurs tenta
avec le pinceau de ouate une portion de la pl
Il reste, à droite, des taches blanches de
tête d'épingle ; à gauche, trois taches plus l
gaux et représentant grossièrement une éto

Le 22, tout a disparu du côté droit ; la vé
est guérie et ne laisse pas de trace ; à gauch
do-membraneuse s'est reformée et est encore
pièce de cinquante centimes.

Le 23, on voit encore, sur l'amygdale, u
dimension d'un petit pois et d'une form
fièvre a cessé depuis la veille au soir; la do
fiante.

Le 27 juin, le malade quitte l'hôpital, par
Le traitement a consisté exclusivement dan
miellés, avec addition de 4 grammes de bora
d'alun pour 500 gr. de véhicule.

Il est d'observation non moins commun
montre exclusivement à la gorge, sans éru
concomitante des lèvres et réciproquemen
est si peu de règle qu'on peut la considére
et qu'une des deux éruptions n'autorise pas
Sous ce rapport, l'angine herpétique est loi
fication qu'a, par exemple, l'angine rhumat
à prévoir l'imminence d'un rhumatisme ar
est l'avant-coureur.

En regard du fait que j'ai cité plus haut, je

moins sommairement, un cas d'angine herpétique sans herpès cutané.

La nommée ..., 28, salle Sainte-Thérèse. Entrée à l'hôpital pour un malaise général avec fièvre légère, fatigue, constipation, mal de tête et nausées, qu'on attribue à un embarras gastrique sans gravité. Elle ne se plaint pas de mal de gorge.

Le 12 au matin, pour la première fois, elle accuse une souffrance de la gorge qu'elle déclare dater de deux à trois jours, mais dont elle n'avait pas parlé parce qu'elle n'y attachait pas d'importance. A l'examen de l'arrière-gorge, on trouve deux plaques blanchâtres couvrant les amygdales peu saillantes et peu volumineuses. La détersion avec la ouate fait découvrir, sous cette couche facile à enlever, une série de points blancs répondant aux follicules des amygdales. Peu ou pas de rougeur au pourtour, gonflement des piliers antérieur et postérieur des deux côtés, qui ont l'épaisseur d'une plume d'oie, le voile du palais reste linéaire et la luette ne participe pas à la lésion. Gargarismes, laxatifs.

Le 13, à la visite du matin, il ne s'est pas reformé de nouvelles plaques pseudo-membraneuses. L'éruption qui, la veille, n'occupait que les amygdales, s'est beaucoup étendue, elle est devenue aussi confluente sur les piliers postérieurs où on trouve de chaque côté une douzaine de vésicules saillantes de dimensions très-variables; sur les piliers antérieurs, une ou deux vésicules seulement paraissant beaucoup moins avancées. En arrière et sur la portion du pharynx qui confine aux piliers postérieurs, à droite, deux grosses vésicules à quelques millimètres du pilier; à gauche, rien. Le pharynx est sec, peu granuleux, avec des arborisations vasculaires qui sont peut-être normales chez la malade. La pression du doigt introduit dans la bouche est à peine douloureuse: mais, au toucher, les piliers sont durs, veloutés, presque rugueux, et on y sent le relief de l'éruption. Gargarismes astringents, bouillons, potages.

Le 14, la rougeur a disparu, les points blancs sont presque effacés, quoique encore visibles. La déglutition n'est plus dif-

ficile, mais le gonflement et la rugosité des pil
Le 17, la malade n'a plus de traces de l'affecti

On ne saurait méconnaître que, dans ses deux
aux lèvres et à la gorge, l'herpès est précédé pa
symptômes généraux et souvent occasionné pa
causes. Cependant la pathogénie des deux affecti
de notables divergences. On sait combien sou
labial marque le début de certaines phlegmasie
ques et surtout de la pneumonie, l'herpès gutt
traire exclut toute appréhension de ce genre, i
jours isolément, et dès qu'on a constaté sa prése
affirmer, quelle que soit la véhémence de la fièv
aise général, qu'il résume toute la maladie.

J'ai vu rarement, mais j'ai vu l'herpès guttural
le cours des grandes maladies, c'était toujours à
déclin et à la suite d'affections auxquelles la gor
part. Je me rappelle en particulier un cas où l'a
tique, survenant ainsi vers la fin d'une variol
quelques inquiétudes. La malade, en traitemen
service à l'hôpital Necker et en voie de bonne
prise d'un redoublement de fièvre, avec mal de
lence, langue sale, sans autres troubles gastri
soupçonnais pas l'invasion d'un mal de gorge,
expliquer la recrudescence des accidents. Ce n'
qu'elle se plaignit deux jours plus tard d'une viv
avalant, que j'examinai la gorge et constatai la p
herpès guttural assez confluent. L'angine var
entièrement guérie depuis plusieurs jours, sans
plus que de coutume d'irritation diffuse ou d'ul

Dans d'autres conditions, il semble que l'her
n'est que l'expression amoindrie et, pour ainsi di
d'angines d'une nature plus grave. C'est ainsi qu
fréquence de l'herpès chez l'adulte dans le cours
croupales ou scarlatineuses. Il est souvent difficil
là qu'un fait de coïncidence fortuite. Dans une
quelle je donne des soins, un jeune garçon est att

latine franche et isolé incomplétement. La maladie suit régulièrement ses phases. Au douzième jour, pendant la période de desquamation, la mère qui veillait l'enfant est prise d'angine herpétique fébrile; le lendemain, la sœur avec laquelle elle n'avait pas cessé de communiquer subit la même influence, un domestique déjà affecté il y a un an d'herpès guttural tombe malade en même temps, et la plus jeune sœur ressent un léger mal de gorge apyrétique et qui se dissipe sans donner lieu à une éruption. C'était pendant les journées chaudes du printemps de 1863, et pour la mère surtout qui, depuis douze jours, n'avait pas quitté l'appartement, il était impossible d'expliquer l'invasion de la maladie par une de ses causes habituelles.

L'herpès des lèvres comme celui de la gorge est aigu, fébrile ou apyrétique. Dans cette dernière condition, il est le plus souvent occasionné par une cause qui a agi topiquement. Certains individus sont sous ce rapport d'une susceptibilité singulière, le simple contact d'un objet malpropre ou d'une substance irritante suffit pour déterminer l'éruption. J'ai peine à admettre qu'il en soit de même à la gorge ou, tout au moins, mon expérience ne me fournit pas de suffisants renseignements. Les sujets à gorge irritable sont disposés à l'érythème plutôt qu'à l'herpès, à moins qu'on ne veuille considérer comme de nature herpétique quelques-unes des éruptions gutturales qui suivent l'ingestion de substances âcres.

C'est exclusivement avec l'herpès labial qu'on a comparé l'herpès tonsillaire, et cependant il s'en faut que les vésicules développées au bord des lèvres représentent toutes les possibilités des éruptions vésiculeuses de la peau. Je me suis souvent demandé si, par exemple, certaines formes de l'angine herpétique ne seraient pas plus près de l'eczéma que de l'herpès, mais je suis forcé, faute de notions exactes, de laisser la question indécise.

En poursuivant le parallèle des deux herpès jusque dans l'évolution ou dans ce que j'ai appelé la végétation des vésicules, peut-être réussirait-on à mieux comprendre le développement de la production couenneuse dont j'ai donné les carac-

tères sans pouvoir en déterminer la nature. N'
effet des malades chez lesquels la sécrétion des
nées sur les lèvres est assez considérable pour
croûtes qui recouvrent l'éruption primitive
l'aspect; tandis que chez d'autres la sécrétion
nulle ou presque nulle, et, si confluentes qu'
vésicules se sèchent et restent distinctes jusqu

V. L'herpès aigu de la gorge reconnaît le pl
cause occasionnelle un de ces refroidissemen
rigine de tant de maladies phlegmasiques.
portant, en moiteur à la suite d'un exercice n
dans un courant d'air, s'assied dans une voit
supprime une partie de son vêtement. Il épr
sensation de frisson léger, qui disparaît vite, n
toujours a été un premier avertissement. Le
qu'il est bien rare que les malades interrogés
juste le jour et l'heure où ils se sont refroidis.
ment vingt-quatre heures au moins après le
que la fièvre commence.

D'autres fois, l'éruption herpétique est précé
long malaise. Le malade est fatigué, mal en t
position définie; il éprouve des douleurs musc
de l'anorexie, de la lourdeur de tête et l'exa
jouer le rôle de ce qu'on appelait anciennem
*critique*.

Il existe donc même pour l'herpès une périod
exempte de malaise, et qu'on retrouve d'égal
pneumonie, pour l'érysipèle, pour le rhumat
aigu : un à trois jours, au moins, séparent la
En vertu de quelles conditions la maladie eng
même impression, se manifestant par les mêm
raux, va-t-elle se localiser sur des organes différ
cun de ces organes se traduire par une phlegma
spéciale? Je n'ai pas à m'excuser de passer
blème, je veux seulement constater que l'an
pas en particulier d'un refroidissement qui a

le devant de la poitrine ou sur le cou, mais qu'elle est aussi bien provoquée par le refroidissement des pieds ou de toute autre partie du corps. J'ajouterai que l'application du froid à l'intérieur de la gorge, qui est l'occasion de plusieurs autres formes d'angine et de laryngite, ne figure jamais dans la pathogénie de l'herpès.

Par toutes ces raisons, par le mode de son invasion, par son appareil fébrile, l'angine herpétique rentre dans la catégorie des maladies générales ou des fièvres, pour prendre la nomenclature des anciens, qui aboutissent à une localisation définie.

VI. L'herpès est surtout fréquent depuis l'enfance jusqu'à l'âge mûr. Il est très-rare dans la vieillesse. Je l'ai observé une fois chez un vieillard de soixante-dix ans, homme robuste et d'une vigueur juvénile, qui fut pris subitement d'une fièvre ardente, de frissons intercurrents et d'une céphalalgie avec congestion de la face, cyanose des lèvres, demi-stupeur et demi-délire. Le premier jour, il ne se plaignait pas de mal de gorge, et je dois avouer que je prévoyais si peu une maladie à ce point exceptionnelle à son âge, que je ne dirigeai ni ma recherche ni son attention de ce côté. C'est le lendemain soir à ma quatrième visite qu'il accusa pour la première fois une douleur qui leva immédiatement toutes mes inquiétudes. L'éruption suivit régulièrement toutes ses phases. A l'autre extrême de la vie, j'ai observé l'herpès de la gorge chez des enfants âgés de deux à trois ans, jamais au-dessous, quoique j'aie été pendant longtemps chargé d'un service hospitalier qui contenait une vingtaine de berceaux d'enfants à la mamelle, et que j'aie eu, par conséquent, de nombreuses occasions d'étudier les maladies familières à la première enfance.

VII. L'angine herpétique, comme toutes les maladies provoquées par l'espèce de refroidissement que j'ai décrite, se montre surtout au printemps. Dans certaines années elle est d'une telle fréquence qu'il n'y a pas de jour qu'on n'en rencontre un ou plusieurs exemples parmi les malades qui se présentent à la consultation externe de l'hôpital. Je n'oserais pas dire que

cette prédominance répond à une constitution m
minée, ni qu'on observe en même temps une
dans le chiffre des pneumonies, des rhumatisme
maladies essentiellement saisonnières et inflam

VIII. ÉPIDÉMIES. Existe-t-il des épidémies
gorge? Pour mon compte n'ayant pratiqué la
Paris, je n'ai pas été à même de constater un
vasion épidémique. Les médecins qui exerce
fession dans de petites localités, sont seuls d
ditions favorables pour observer les épidémie
chacun se soigne dans sa famille ou dans sa
mortalité est nulle, et qui échappent aux stat
nistratives.

De nombreuses relations ont été publiées ou c
aux académies, mais le dépouillement de ces
plein de difficultés. La plupart des observate
seignés sur la pathologie de la gorge confonden
*mortuum* des angines couenneuses toutes les es
savent pas discerner. La scarlatine qui, au XVI
mencement du XIX^e^ siècle, fournissait le meil
la classe confuse des maux de gorge malins, a
née et figure sous son nom dans l'épidémiolog
temps que l'herpès guttural soit ainsi détaché
son propre compte la place d'une espèce définie
ce résultat, il importe avant tout de supprimer la
d'*angine couenneuse*, qui représente grossièrem
tôme, moins qu'un symptôme, un des temps ou
dans l'évolution de plusieurs états morbides.

Le jour où ce progrès aura été réalisé, on n'
parler d'épidémies d'angine croupale où sur
lades pas un n'a succombé, et d'épidémies dan
diphthérie offrait tant de diversités qu'à côté d
graves on en observait d'autres chez les adole
purgatif et deux gargarismes avaient raison de

Tout en reconnaissant l'insuffisance des d
sans me dissimuler les doutes qu'elles soulèven

difficile de ne pas admettre que l'angine herpétique peut se développer sous forme d'épidémie.

Tantôt elle règnerait seule et sans relation appréciable avec d'autres affections, tantôt, au contraire, elle interviendrait dans le cours de maladies épidémiques plus graves. C'est surtout dans les contrées du Nord que l'herpès épidémique paraît se développer isolément, et dans certains cas, sa dissémination est tellement active que peu d'adultes ou d'adolescents sont préservés. Sous ce rapport, l'herpès rentre dans les données générales des affections catarrhales, et, comme elles, il n'apparaît guère qu'au printemps et à l'automne.

L'herpès guttural semble s'être reproduit dans les foyers d'infection diphthérique, avec assez de fréquence pour que cette coïncidence ait été signalée et mérite une courte mention.

Il est de remarque que, parmi les épidémies croupales, les unes, et c'est le plus grand nombre, entraînent une mortalité qu'on pourrait presque fatalement chiffrer d'avance. La quotité des décès en rapport avec les invasions est environ des deux tiers.

Les autres relativement très-bénignes sont loin d'atteindre ces redoutables proportions, et la mortalité varie du quart au vingtième. En discutant les éléments de la statistique, au lieu de se borner à enregistrer les résultats, on voit que la décroissance de la mortalité ne dépend ni du mode de traitement, ni de l'aptitude spontanée des cas graves à la guérison, mais qu'il convient de partager les malades en deux catégories. Les premiers atteints de la diphthérie vraie paient à la mortalité la dette accoutumée. Chez les seconds, sujets à une affection plutôt diphthéroïde que diphthérique, un grand nombre, et particulièrement les adolescents ou les adultes encore jeunes, se rétablissent au plus vite après quelques jours de souffrance. Étaient-ils réellement atteints du croup, n'étaient-ils pas plus vraisemblablement sous le coup d'une simple angine herpétique?

Il est concevable que les médecins préoccupés des dangers d'une épidémie régnante, attachent à l'angine couenneuse commune l'importance qu'ils se défendraient de lui attribuer

en temps ordinaire. On comprend que l'appp
plaque d'aspect pseudo-membraneux éveille al
sollicitude. Peut-être ont-ils été ainsi entraînés à
rélation où il n'y avait qu'une simple coïncide
gérer la fréquence des faits d'herpès guttural.
cation s'applique mal aux épidémies où, sur u
très-limitée, le nombre des maux de gorge, do
se terminent heureusement, répond à la moitié
la population.

De plus, et cet argument domine tous les aut
observateurs expérimentés dans l'examen des
l'arrière-gorge distinguent exactement et par d
positifs, les angines couenneuses simples des
pales, lorsque toutes deux surviennent pendar
épidémie. La durée de la maladie serait à elle
ment décisif de diagnostic. Il est presque aussi
que le croup vrai s'éteigne et disparaisse en quat
est impossible que l'herpès guttural se prolonge
semaine. Tout malade présentant à l'observatio
d'apparence pseudo-membraneuse et qui guérit
riode de temps qui n'atteint pas un septénaire
d'une des variétés de l'angine herpétique. On ve
dans le chapitre consacré aux angines diphth
d'autres maux de gorge plus voisins du croup a
finent, ont pu fournir matière à des erreurs qu
relever ici.

J'ai abordé incidemment cette question d'épi
peu résolue et que je me sais hors d'état de r
faire appel à de nouvelles observations. Tout
éclairer la pathologie du croup, ou qui peut
jour sur les divers modes des épidémies croup
rait nous laisser indifférent.

IX. TRAITEMENT. Renfermée dans les limites
tion, l'angine herpétique est une maladie sans gr
que soient la confluence de l'éruption et l'étendu
caséeuses et couenneuses. C'est toujours par le

reur sur la nature vraie de l'affection qu'on lui a appliqué une médication énergique. Inquiet de la responsabilité qui pèse sur lui, influencé par l'opinion, le médecin se décide, fût-ce malgré lui, pour les grands moyens. Je ne parle ni de ceux qui sont assez inexpérimentés pour que leur ignorance excuse leur zèle, ni de ceux qui sont assez habiles pour aimer mieux guérir une maladie mortelle que laisser, sans honneur, s'amender une lésion exempte d'inquiétudes. On pratique des cautérisations avec le nitrate d'argent à haute dose, des insufflations d'alun, trop heureux quand on n'a pas recours à l'acide hydrochlorique. L'affection guérit malgré le traitement, la famille se remet des alarmes qu'on avait encouragées, et le médecin reste persuadé qu'il a combattu avec succès une affection diphthérique. C'est par cette porte que tant de remèdes contre le croup sont entrés honnêtement dans la thérapeutique depuis les applications de glace jusqu'au chlorate de potasse, et à la résection des amygdales. En somme, si ces médications hors de raison troublent peu la santé du malade, elles nuisent davantage à la thérapeutique qu'elles surchargent de formules erronées et qu'elles déconsidèrent à la longue aux yeux mêmes du praticien.

Le traitement général d'une maladie de si courte durée doit être peu énergique, à moins d'indications pressantes. Les émissions sanguines usitées autrefois sont aujourd'hui complétement abandonnées; elles ne jugulent pas la maladie et la prolongent plutôt qu'elles ne l'abrégent, en rendant la convalescence plus lente à s'établir. Il suffit, pour en comprendre les inconvénients, de se représenter la débilité qui succède habituellement à l'état aigu, et la nécessité où on est si souvent de recourir à des toniques.

Néanmoins, si la céphalalgie est intense, énorme; si elle s'accompagne de délire comme dans certains cas, il semble difficile de récuser la saignée du début, n'eût-elle pour résultat que de supprimer une souffrance intolérable.

L'expérience a fourni, à ce point de vue, un moyen bien supérieur aux émissions sanguines: je veux parler de l'émétique à dose vomitive. Il est de fait acquis que le vomissement gué-

rit le mal de tête initial. Pourquoi et comment? Je l'ignore. Que l'embarras gastrique soit excessif ou presque nul, que la langue soit plus ou moins sale, la soif et la fièvre plus ou moins vives, l'émétique produit le même effet avec la même certitude : ce n'est pas dans ces conditions accessoires qu'il faut chercher l'indication, mais dans la céphalalgie. La règle est si positive que les vomitifs sont dépourvus de toute utilité quand le mal de tête n'est pas assez intense pour qu'on ait à le combattre. Je ne saurais trop conseiller l'administration hâtive des émétiques employés dès les premières heures, malgré la répugnance des malades pour une médication dont ils redoutent les conséquences : les secousses, l'ébranlement général qui précèdent et qui accompagnent le vomissement, non-seulement finissent par abattre la douleur, mais ne la redoublent pas au moment où le remède commence à agir.

En dehors de ce médicament perturbateur, on prescrira les boissons acides et la somme des moyens hygiéniques qui conviennent à tous les états fébriles au début. Les dérivatifs cutanés ne sont d'aucune ressource; ils irritent sans profit, et on doit les interdire à ceux mêmes qui les sollicitent.

Le traitement de l'herpès se décompose comme la maladie, il est général ou local.

Le traitement topique ne réclame pas davantage des remèdes actifs. Les gargarismes légèrement astringents, acidules ou acides, dont on trouve l'indication dans toutes les angines de moyenne intensité, sont de beaucoup préférables aux collutoires énergiques. Chez les enfants, je préfère aux gargarismes les boissons, le sirop de ratanhia ou de monésia par demi-cuillerées à café, le jus de citron miellé. Ce serait une erreur de croire avec les malades que les boissons froides apportent plus de soulagement que les tisanes chaudes. Le froid détermine là comme ailleurs une réaction plus nuisible qu'utile.

Lorsqu'il s'est formé, en outre des vésicules, une pseudo-membrane secondaire, la médication est toujours moins expectante. On se résigne difficilement à tolérer la présence

d'un produit pathologique dont on craint les transformations, et dans le doute on ne consent pas à s'abstenir. Le meilleur de tous les procédés pour garantir la responsabilité du médecin est de déterger, à l'aide du pinceau de ouate, la couche à mesure qu'elle se dépose. Si le médecin ne peut pas pratiquer cette facile opération aussi souvent qu'il le juge nécessaire, il lui est aisé de donner des instructions à un des assistants, en lui enseignant le manuel opératoire. Avec cette précaution excellente de tout point, on obtient des gargarismes les effets utiles qu'ils ne donneraient pas si, au lieu de modifier des surfaces mises à nu, ils devaient glisser sur les membranes couenneuses qu'ils entraînent rarement et ne dissolvent jamais.

Lorsque l'éruption a lieu par poussées successives, les lotions, les injections sont surtout avantageuses et doivent être particulièrement recommandées. Si on ne change rien au processus de l'éruption déjà commencée, on diminue certainement par ces petits moyens l'éruption à venir.

Les complications seront combattues par les remèdes dont j'ai eu si souvent à répéter les indications qu'il me coûte d'y revenir.

De toutes les recommandations que je puis faire, la plus pressante est de s'abstenir des médicaments inutiles, les cataplasmes autour du cou, les sangsues aux apophyses mastoïdes, les bains de pieds et les sinapismes, les purgatifs que ne motive pas la constipation.

Peut-être n'est-il pas une maladie qui, mieux que l'angine herpétique, nous enseigne combien il est nécessaire d'être éclairé par l'observation sur la marche naturelle des accidents et sur leur curabilité spontanée avant d'affirmer ou de nier l'action utile des remèdes.

## ANGINES SYPHILITIQUES

I. Les angines syphilitiques constituent, au premier chef, des affections éruptives, et ne sont, en réalité, que des *syphilides* de la membrane muqueuse. C'est faute de s'être placé à ce point de vue qu'on a laissé s'introduire dans la science des descriptions d'une douteuse authenticité.

Tous les traités de la syphilis font mention des accidents qui se localisent si fréquemment soit dans la bouche, soit à la gorge, mais les caractères propres à ces angines sont indiqués sommairement, et parmi les auteurs qui y ont consacré de plus longs développements, plus d'un attribue une origine syphilitique à des angines qui relèvent de tout autres causes. Il fallait en effet, pour assurer le diagnostic différentiel, que les médecins spécialistes eussent des affections communes de l'arrière-gorge une expérience qui manquait à la plupart d'entre eux. Ce n'était pas assez d'avoir constaté chez un vénérien une maladie angineuse pour affirmer qu'elle s'était produite sous l'influence de l'infection. La syphilis ne préserve pas des affections incidentes, mais l'étude des affections incidentes eût préservé d'une erreur dans laquelle sont tombés des observateurs recommandables.

Le diagnostic offre d'ailleurs des difficultés qu'on aurait tort de dissimuler ou d'amoindrir, et qu'une notion plus exacte pourra seule atténuer. Je sais combien il est dangereux et contraire aux règles de la saine pathologie de chercher dans un seul ordre de symptômes l'indice pathognomonique d'une maladie qui se révèle par des phénomènes multiples : c'est sur l'ensemble des signes qu'on doit fonder son jugement. Cependant, plus on étudie soigneusement chaque expression symptomatique, plus elle acquiert de valeur, en mettant sur la voie d'une hypothèse que l'examen approfondi viendra confirmer ou infirmer.

Si les angines syphilitiques n'étaient qu'une complication

accidentelle, elles mériteraient déjà d'être observées comme appartenant à l'histoire de la maladie. En effet, il n'est pas sans intérêt de poursuivre, dans toutes les localités où il se fixe, un virus dont le champ d'action tend chaque jour à s'élargir. La découverte des syphilis viscérales a inauguré une phase nouvelle; mais, quelque importance qu'on attache avec raison aux lésions du foie ou de l'intestin, elles sont rarement assez significatives pour conduire par elles-mêmes à un diagnostic.

Il n'en est pas ainsi des angines, visibles, tangibles, dont on suit aisément l'évolution, qui sont aussi accessibles à la vue que l'exanthème cutané, et qui ne sont rien moins qu'un accident exceptionnel. Non-seulement elles n'appartiennent pas aux manifestations ultimes ou aux anomalies, mais elles peuvent devancer toute autre éruption. Avertissant le malade par des sensations douloureuses, elles n'échappent pas à son observation, à la manière des éruptions indolentes de la peau que le médecin découvre si souvent, avant qu'on songe à les lui signaler. Enfin, il se peut que, pendant un laps de temps plus ou moins long, les lésions de la gorge soient l'unique expression de l'état constitutionnel. Si les exanthèmes de la première période, qui correspondent aux syphilides papuleuses, ont de l'importance à cause de leur précocité, les éruptions tertiaires n'en ont pas moins, à cause de leur tardive apparition. C'est d'elles surtout qu'on peut dire qu'elles concourent pour une large part au diagnostic, quand elles ne constituent pas la seule révélation de la syphilis latente.

II. Classification. — Mon intention n'est pas d'insister sur les considérations générales auxquelles se prêteraient aisément les affections syphilitiques de la gorge. Ces généralités ont le fâcheux inconvénient d'exagérer les analogies où il faudrait appuyer sur les différences, et de remplacer la description par un tableau. Étant admis le principe que les syphilides ont pour siége les membranes muqueuses, et surtout celles qui confinent à la peau au même titre que la peau,

il importe de donner de chaque espèce d'éruption une idée aussi exacte que possible. Celui qui sait les caractères propres aux divers types est le seul en mesure d'établir des comparaisons utiles et de n'accepter les généralités qu'avec les nombreuses réserves qu'elles comportent.

La division classique des syphilides suffit au but que je me suis proposé. Elle a d'ailleurs l'avantage de ne pas exiger de nouveaux frais de nomenclature.

Les éruptions cutanées peuvent être partagées d'après leurs caractères anatomo-pathologiques dans les catégories suivantes : 1° érythème, roséole; 2° papules; 3° vésicules et pustules; 4° bulles; 5° squames; 6° tubercules. Il ne saurait entrer dans mon plan de discuter les objections que peut soulever cette classification admise, sauf quelques variantes, par la plupart des médecins. En l'appliquant aux éruptions syphilitiques de la gorge, je me bornerai à établir quelques données essentielles.

1° Il existe parmi les affections éruptives de la peau d'origine vénérienne une production toute particulière, et dont on pourrait dire qu'elle est la plus *spécifique* de toutes, je veux parler des plaques muqueuses, signalées et décrites par les auteurs avec des caractères invariables, quoique sous des noms différents. Tandis que les autres éruptions : roséole, vésicules, bulles, etc., ont leur correspondant dans la pathologie cutanée non syphilitique, et qu'elles expriment des dyscrasies multiples, la plaque muqueuse appartient en propre à la syphilis. Quelle que soit l'évolution anatomique qu'on suppose, qu'on la considère ou non comme une papule dégénérée, il n'en est pas moins vrai qu'elle se comporte autrement que les éruptions papuleuses dont on la rapproche. Même à son début, avant que la surface soit érodée et ait revêtu l'aspect de membrane muqueuse qui lui a valu son nom, elle se distingue par des caractères tranchés, à ce point que la confusion est réellement impossible. Rattacher les plaques muqueuses à des éruptions dont elles s'éloignent par tant de côtés me paraît plus nuisible qu'utile. C'est surtout quand il s'agit de classer les éruptions des membranes muqueuses

qu'il importe d'assigner à ces plaques la valeur d'une espèce et d'éviter ainsi une des causes d'erreur qui ont le plus contribué à rendre confuse la description des angines syphilitiques.

2° Il s'en faut que toutes les formes éruptives aient une égale fréquence à la peau, il s'en faut également qu'elles se produisent avec la même fréquence à la gorge. Les vésicules, les pustules, les bulles, etc., y sont rares, moins cependant qu'on ne serait porté à le croire en lisant les observations des auteurs. Cette rareté apparente tient à une raison extra-pathologique, et sur laquelle je ne saurais trop fixer l'attention.

On distingue, en général, deux modes d'angine vénérienne; le premier comprenant les éruptions érythémato-papuleuses, le second se composant de ce qu'on appelle les ulcérations de la gorge. Cette seconde classe, la mieux étudiée à cause des désordres plus graves qu'elle entraîne, réunit presque toutes les lésions de la syphilis tertiaire à longue échéance, apparaissant à une période où rien ne donnait à prévoir la présence du virus vénérien dans l'économie; elle renferme aussi des altérations correspondant à une époque moins avancée de la maladie, mais d'une signification plus incertaine.

Toutes les fois qu'on adopte pour une classe de lésions, quel que soit le tissu qu'elles occupent, la dénomination d'ulcérations ou d'ulcères, on peut affirmer d'avance qu'il s'agit d'un type provisoire, ce qui appelle de nouvelles recherches. L'ulcération n'est qu'un des termes de l'évolution; j'accorde qu'il peut être le plus durable ou le plus dangereux, mais l'étude anatomo-pathologique d'une altération ne se fait pas avec son pronostic.

En se bornant à constater et à décrire la période ulcéreuse, on passe outre à ses antécédents qu'on n'a pas eu l'occasion ou la précaution d'observer, et on ne prend même pas le soin de signaler cette lacune. Il en résulte que l'ulcération supposée naître d'emblée représente la totalité de la lésion dont elle n'est en réalité qu'un des temps.

Plus on avance dans la notion positive des maladies et de leur développement, plus la classe autrefois si compréhensive

des ulcères va s'amoindrissant. Il suffit de prendre pour exemple la pathologie utérine et la dermatologie, d'où le nom même d'ulcères a depuis longtemps disparu. En rapportant ainsi l'ulcération à l'affection primitive, originelle dont elle représente un degré, un processus obligé ou même une complication incertaine, on a réalisé un énorme progrès.

La pathologie de la gorge est loin d'avoir atteint cette souhaitable perfection, et c'est pour avoir persévéré dans des errements incompatibles avec l'état actuel de la science qu'on a maintenu le chapitre des ulcérations et qu'on a englobé des espèces sans parité qui n'avaient de commun que la possibilité d'aboutir à une perte de substance.

C'est par le même motif qu'on a méconnu la nature vraie des éruptions bulleuses, tuberculeuses, etc., qui se développent sur la membrane muqueuse de la gorge pour ne voir que l'ulcération terminale. Il y a là tout un ordre de recherches nouvelles à entreprendre. J'essayerai de fournir au moins quelques points de repère, sans me dissimuler combien le peu d'éléments que j'apporte est encore insuffisant.

Après ces considérations générales, que j'ai tenu à réduire à de simples préliminaires, j'entre dans l'étude des espèces.

III. ANGINE SYPHILITIQUE ÉRYTHÉMATEUSE. — La roséole de la gorge suit la même marche, affecte les mêmes formes, obéit aux mêmes règles que la roséole cutanée, dont elle n'est qu'une dépendance. Cependant l'éruption est modifiée dans quelques-unes de ses apparences par la nature du tissu où elle se développe; comme la roséole de la peau se rapproche des érythèmes non vénériens avec lesquels elle peut être confondue, la roséole gutturale a de nombreuses analogies avec les autres angines érythémateuses. Le diagnostic différentiel des éruptions cutanées de nature syphilitique est d'autant plus indécis que l'on est moins versé dans l'étude de la dermatologie. Celui des éruptions angineuses laisse d'autant plus de doute qu'on a moins l'habitude d'observer les affections angineuses qui doivent servir de termes de comparaison. Aussi, et quelque

détaillée que soit la description, il est difficile de la rendre tellement précise qu'elle lève toute hésitation.

La roséole cutanée n'affecte pas nécessairement toute la surface du corps, elle a ses siéges de prédilection. Plus confluente en général au tronc que sur les membres, elle épargne certaines régions, se concentre sur quelques points ou se disperse à peu près également sur une large étendue. La membrane muqueuse de la gorge doit être, au point de vue de la diffusion de l'éruption, envisagée comme faisant partie de l'enveloppe extérieure ; elle peut être indemne comme toute autre région, elle peut devenir le foyer principal ou même à peu près exclusif de la roséole.

L'exanthème cutané apparaît dans un laps de temps qu'on estime être en moyenne de un à trois mois après l'infection. Il est le plus souvent impossible d'assigner une date exacte à son début. Cependant les malades prévenus par leur médecin, inquiets par avance de cette première manifestation constitutionnelle, mettent une sagacité anxieuse à découvrir les premières taches et à préciser le jour de leur apparition. Pour assigner une date positive au commencement de la roséole angineuse, il faut ou que le médecin soit placé dans des conditions d'observation exceptionnellement favorables, ou que le malade soit renseigné par lui sur des symptômes qu'il ne constatera qu'autant qu'on les aura prévus.

Chargé pendant deux ans d'un service médical à l'hôpital de Lourcine, qui reçoit exclusivement des femmes syphilitiques, apportant à l'étude des angines un soin tout particulier, j'ai été à même de reconnaître, dès le commencement, les éruptions vénériennes de la gorge. Les femmes traitées à l'hôpital sont presque toutes atteintes d'accidents primitifs, les seuls dont elles suspectent la nature ; or, en examinant chaque jour la membrane muqueuse du gosier, on assiste forcément au début de l'éruption qu'on a pour ainsi dire devancée. La roséole angineuse est souvent le premier signe de l'infection secondaire ; elle peut précéder de plusieurs jours l'exanthème. Lorsque dans le cours de la roséole la gorge est atteinte, il est très-rare qu'elle ne soit pas tout au moins un des

premiers points envahis. L'analogie si frappante de la roséole syphilitique avec la roséole morbilleuse se continue jusque sur la membrane muqueuse gutturale; dans l'une comme dans l'autre des deux maladies, l'angine appartient à la période initiale.

L'arrière-gorge peut être le lieu d'élection de la roséole qui s'y développe à l'exclusion de la peau. J'affirme le fait pour l'avoir constaté en me garantissant de mon mieux de toutes les chances d'erreur. Le contrôle est d'ailleurs facile dans un milieu hospitalier où les malades n'ont pas le droit d'exiger leur sortie. L'accident primitif reconnu, l'angine directement constatée, l'internement était prolongé jusqu'à la guérison complète du mal de gorge spécifique, et pendant tout ce temps on procédait chaque jour à l'examen de la peau. Je dois ajouter que les malades chez lesquelles la roséole s'est limitée à la gorge, ont été toutes soumises dès le début à un traitement mercuriel. Ces observations demi-positives, demi-négatives échappent aux relevés statistiques. Je ne puis donc que signaler le fait en le donnant comme une exception; mais, si exceptionnel qu'il soit, il peut expliquer comment, dans des cas également rares et chez des malades observateurs peu attentifs d'eux-mêmes, la roséole limitée à la gorge passe inaperçue et semble avoir manqué dans la série des accidents.

1° *Prodromes.* — Lorsqu'en l'absence des conditions que je viens d'indiquer, c'est le malade lui-même qui est appelé à reconnaître l'apparition du mal de gorge, il ne peut le faire que d'après les symptômes subjectifs, les phénomènes objectifs étant d'une constatation trop délicate.

L'angine roséolique avertit presque toujours de sa venue par des incommodités locales et générales. Localement, il survient de la chaleur, de la sécheresse qui n'ont rien de caractéristique et dont on ne tiendrait pas compte, si on n'en redoutait l'imminence. Le malaise général varie de degré, mais on peut dire que de toutes les syphilides celles qui occupent la membrane muqueuse de la gorge sont aussi celles qui s'accompagnent des troubles les plus marqués de la santé. J'aurai à y revenir avec plus de détails en traitant

du diagnostic différentiel. Une fois déclarée, la roséole de la peau est d'une durée indéterminable, même en dehors de l'influence exercée par la médication. L'éruption cutanée diffère, suivant les individus, d'acuité, de confluence, d'intensité ; mais si abrégée qu'elle soit elle se prolonge toujours plus que les érythèmes similaires non vénériens. Il en est de même de la roséole angineuse ; seulement à la gorge où les éruptions ont toujours une marche plus rapide, la durée est un élément de diagnostic d'une plus grande valeur.

L'évolution de la roséole cutanée est simple, la rougeur s'éteint graduellement, le fond papuleux plus ou moins saillant sur lequel elle reposait s'efface ; la coloration devient jaunâtre, d'un rouge plus livide ou cuivreux ; il se forme quelquefois des squames furfuracées sur les points où l'exanthème était très-confluent.

L'évolution de la roséole gutturale offre quelques particularités que j'indiquerai en décrivant sommairement l'aspect de l'éruption à ses phases successives.

2° *Évolution.* — La roséole angineuse occupe le voile du palais, la luette, les piliers antérieurs, la voûte palatine, rarement les amygdales, plus rarement le pharynx. Cette subordination est assez constante pour que toute éruption qui aurait pour siége exclusif ou le pharynx ou les amygdales doive éloigner l'idée d'une roséole syphilitique.

Les taches rosées sont tout d'abord d'un rouge plus vif qu'à la peau, inégales, déchiquetées, parfaitement reconnaissables à première vue et n'ayant d'analogie qu'avec les plaques morbilleuses dont elles se distinguent moins par leur aspect que par l'absence de réaction générale.

Malgré l'apyrexie et bien qu'il n'existe pas de symptômes inflammatoires, la douleur ressentie par le malade est à peu près égale à celle que détermine la rougeole. Elle consiste dans une difficulté variable de déglutition et un peu de chaleur. On peut dire que, si atténué que soit le malaise, l'éruption n'est jamais absolument indolente.

Les choses se passent ainsi pendant les premiers jours ; mais à l'inverse de la peau, la membrane muqueuse peut de-

venir le siége d'une irritation diffuse qui complique le diagnostic. L'irritation secondaire est plus ou moins étendue, les amygdales et le pharynx y participent, et celui qui examine la gorge à cette deuxième période inclinerait à admettre une angine catarrhale subaiguë, s'il n'y apporte une suffisante attention.

3° *Diagnostic différentiel.* — C'est là une des principales difficultés que rencontre le diagnostic des angines dues à la syphilis. Les éruptions, quelle que soit leur nature, se développent sur un tissu plus impressionnable que la peau et qui ne les tolère pas aussi passivement. Il en résulte que, pour peu que l'affection soit observée à une époque avancée, on risque d'avoir sous les yeux une double lésion due en partie à l'intoxication vénérienne, et pour l'autre part, simplement catarrhale ou phlegmasique. Il est curieux de voir la même influence du *substratum* se manifester dans les syphilides cutanées. Tandis que chez l'adulte la roséole exempte de complications accomplit sur le tronc et sur les membres ses phases régulières, elle se produit au cuir chevelu sous la forme papulo-pustuleuse, ou tout au moins elle s'accompagne d'une pustulation assez habituelle pour être un des éléments du diagnostic. Chez les enfants nouveau-nés, dont la peau a presque la *spongiosité* d'une membrane muqueuse, il est rare que la roséole soit et reste franche.

A la gorge, outre la rougeur diffuse, on observe, moins fréquemment que sur le cuir chevelu mais encore assez souvent, une éruption d'apparence pustuleuse qu'il serait impossible de distinguer de l'acné simple ou même de l'herpès, n'était l'état général. Les follicules, non-seulement du voile du palais mais des amygdales, s'enflamment et sécrètent un produit blanchâtre qui remplit leurs orifices. Cette lésion consécutive ou concomitante, je ne sais lequel des deux, est encore une cause d'erreur.

Enfin, à mesure que la roséole gutturale avance dans son évolution, elle peut donner lieu à deux autres modes d'altération plus rares. Les taches se recouvrent d'une pellicule

blanchâtre qui correspond exactement aux squames cutanées; il se fait par place de petits dépôts ambrés, demi-transparents et qui semblent dus à un œdème sous-épithélial, du moins est-ce l'hypothèse qui ferait le mieux comprendre leur aspect. De ces transformations la seconde est exceptionnelle, contestable; la première n'a pas la valeur qu'on lui a attribuée en la considérant comme propre à la syphilis. Un grand nombre d'angines non spécifiques présentent au même degré le même caractère.

J'ai signalé les principales causes de méprise; il en est encore une qu'il convient d'indiquer. La roséole syphilitique gutturale pourrait être prise quelquefois pour une angine rhumatismale subaiguë. D'un côté, l'aspect de la gorge en imposerait à des observateurs inexpérimentés, et de l'autre, il n'est pas rare que le malade se plaigne, outre un malaise demi-fébrile, de quelques douleurs articulaires vagues qui marquent le début de l'éruption. Je me contenterai de rappeler combien l'angine rhumatismale chronique est rare, et pour la roséole, comme pour toute autre éruption douteuse de la gorge, quand les malades accusent des douleurs indécises dans les jointures persistant pendant plusieurs jours sans fièvre, le plus pratique et le plus sage est de se poser la question de l'intoxication syphilitique, quitte à la résoudre par la négative, après mûr examen.

4° *Traitement.* — L'éruption angineuse abandonnée à elle-même s'efface lentement, mais quand elle coïncide avec un exanthème, elle disparaît avant lui. A plus forte raison cède-t-elle la première au traitement général, et est-elle plus facilement combattue par un traitement local.

Topiquement, lorsque l'inflammation consécutive n'a qu'une faible intensité, le meilleur mode de traitement consiste dans l'emploi des gargarismes au sublimé, à l'exclusion de tout autre remède. La dose moyenne est de un gramme de sublimé dissous dans une quantité suffisante d'alcool pour 500 grammes d'eau miellée. La solution connue dans nos formulaires sous le nom de liqueur de Van Swieten, bien qu'elle ne réponde pas à la formule de ce médecin, suffit chez les malades

dont la gorge est plus irritée ou plus irritable. Je n'ai pas à parler du traitement général.

IV. PLAQUES MUQUEUSES. — De toutes les productions syphilitiques qui peuvent envahir la membrane muqueuse de la gorge et de la bouche, les plaques muqueuses sont de beaucoup les plus importantes à étudier, à cause de leur fréquence et de leur valeur diagnostique.

A l'inverse des autres éruptions, les plaques muqueuses ont souvent la gorge pour siége primitif, elles peuvent être, pour un temps, le seul signe de l'infection constitutionnelle. Combien de fois il arrive que le malade, averti par une douleur tenace qu'il éprouve dans le gosier, et dont il est loin de soupçonner la nature, n'a recours au médecin que pour combattre cette incommodité! Combien de fois aussi l'angine méconnue est-elle traitée sans succès à titre d'angine inflammatoire simple, de manière à compromettre tout d'abord la santé du malade, et plus tard, quand la méprise est devenue évidente, le crédit du médecin!

Le rang qu'il convient d'assigner aux plaques muqueuses dans la succession des accidents secondaires est encore loin d'être exactement fixé. Très-hâtives chez quelques-uns, elles apparaissent peu de semaines après l'infection, leur éclosion peut d'autres fois être beaucoup plus tardive. Elles ne représentent pas un des chaînons indispensables de la série des phénomènes constitutionnels, et bien que leur présence ait une signification presque absolue, on n'est en droit de rien conclure de leur absence. Extrêmement confluentes chez certains individus, elles n'existent pas chez d'autres à lésions primitives identiques, à égale intoxication.

Ces contradictions donnent à croire que le tempérament du malade est un des éléments essentiels qui appellent ou qui annulent leur développement, et qu'un terrain favorable est la condition nécessaire.

S'il est difficile de définir le tempérament qui, pour les hommes, prépare la venue des plaques muqueuses, il est certain que les femmes y apportent une prédisposition toute par-

ticulière. Les statistiques peuvent donner des chiffres douteux, mais les médecins qui ont pratiqué dans des hôpitaux d'hommes et de femmes syphilitiques, et qui sont en mesure d'établir un large parallèle, sont unanimes sur ce point. Celui qui veut décrire les divers modes et le processus des plaques muqueuses doit emprunter ses matériaux à l'observation des femmes vénériennes, et c'est peut-être parce que la plupart des faits ont été recueillis dans des salles d'hommes que la description laisse encore à désirer.

Les siéges de prédilection des plaques muqueuses sont : ou les membranes muqueuses proprement dites ; ou les points par lesquels la transition se fait entre les membranes muqueuses et la peau ; ou les régions dans lesquelles, à la suite d'une sorte d'intertrigo physiologique, la peau semble revêtir quelques-uns des attributs des muqueuses : les plis de l'aine, du périnée, etc.

C'est surtout au bord cutané des membranes muqueuses qu'il est aisé d'en étudier le développement, et on ne comprend la marche, moins facile à suivre, des angines, qu'en se référant à ce terme de comparaison. Aussi, en décrivant l'évolution des plaques muqueuses du bord libre des grandes lèvres chez la femme, non-seulement je n'allongerai pas, mais j'abrégerai et je simplifierai singulièrement la description de l'angine.

1° *Plaques muqueuses des grandes lèvres.* — On constate tout d'abord une ou deux nodosités formant sous la peau ou la muqueuse de la grande lèvre une sorte de renflement papuleux, légèrement douloureux à la pression, presque sans changement de couleur, donnant sous les doigts la sensation d'un petit abcès à son début. Peu à peu la peau ou la muqueuse prend une teinte plus rosée, et la pression est plus douloureuse. Qu'on intervienne ou non par un traitement, on n'arrête pas ce progrès ; mais là s'arrête le processus obligé de la plaque muqueuse. En prenant des précautions portées à l'extrême, en obtenant de la malade une surveillance assidue à laquelle il faut bien dire qu'elle se prête rarement, la papule ne subit pas d'autres transfor-

mations, elle décroît graduellement et disparaît. Les modifications ultérieures que l'on constate sont de cause extrinsèque; mais on a besoin de tant de sollicitude qu'on ne réussit guère à les prévenir. La condition essentielle, difficile à remplir pour ces parties, c'est qu'il n'y ait ni frottement ni humidité.

Abandonnée à elle-même ou incomplétement préservée, la plaque muqueuse augmente de volume, elle devient de plus en plus douloureuse au toucher; la peau mince qui la recouvre ou la membrane muqueuse de transition se dénude; elle laisse suinter un liquide séreux d'une teinte légèrement bistrée, et on ne saurait mieux la comparer qu'à une petite plaque d'eczéma humide. A cette période, la plaque muqueuse est inoculable. Bientôt en effet on voit sur la grande lèvre de l'autre côté se développer symétriquement une nouvelle plaque à évolution plus rapide, et qui devient elle-même un foyer de contagion. Les mouvements, la marche, en multipliant les points de contact, multiplient les papules qui finissent par former comme un chapelet de nodosités.

Les deux lèvres se tuméfient; elles sont chaudes, d'une rougeur plus ou moins vive, œdémateuses ; plus le gonflement est considérable, plus le contact est intime, plus aussi les papules s'enflamment. Les malades sont détournées par la douleur des soins de propreté : une sécrétion irritante vient s'ajouter à celle que fournissent la vulve et le vagin. Sous l'action irritante de ce liquide muco-purulent, les plaques prennent un aspect tomenteux; leur surface, d'abord arrondie, devient plane par le fait de la pression sur les parties saines ou sur les plaques symétriques; l'excoriation s'élargit, elle offre l'apparence d'une plaie fongueuse; elle se recouvre de pseudo-membranes caséuses ou reste à vif. Si profonde qu'ait été la lésion, elle ne détermine jamais de perte de substance, la plaque se boursoufle, mais ne se creuse pas.

Les choses restent en cet état si on n'oppose ou un traitement ou tout au moins des soins de propreté, pendant un espace de temps variable et qu'on ne saurait limiter. Si la malade se résigne à souffrir sans réclamer une assistance

médicale, l''œdème, la rougeur inflammatoire, la tension douloureuse augmentent, les vaisseaux lymphatiques y prennent part, les ganglions afférents s'enflamment sans tendre à la suppuration. Lorsque l'affection est très-ancienne, il se peut que les plaques s'indurent, se fendillent, bourgeonnent irrégulièrement ou même deviennent le siége de végétations volumineuses.

Dès qu'un traitement convenable intervient, toutes ces complications réellement artificielles s'améliorent avec une étonnante rapidité. Peu de jours de soins et de repos suffisent à modérer l'inflammation et à réduire l'œdème. Les plaques occupant un tissu qui, grâce à la médication, rentre de plus en plus dans ses conditions physiologiques, tendent par ce seul fait à la guérison. En interposant un pansement entre les lèvres, on évite l'intertrigo qui est surtout défavorable, on soustrait les surfaces malades au frottement et à l'imbibition des liquides irritants. Quelques cautérisations terminent la cure qu'il est possible, je dirai même facile, d'achever sans autre médication que des remèdes topiques.

2° *Plaques muqueuses gutturales.* — Si maintenant, muni de ces données préalables, on veut se reporter à la membrane muqueuse de la gorge, voici ce qu'on observe.

Les papules destinées à devenir des plaques muqueuses se développent indifféremment sur le voile du palais, sur les piliers, sur les amygdales, plus rarement sur le pharynx. Elles peuvent apparaître dans la bouche, à la commissure des lèvres, sur la langue, sans donner lieu à une angine et réciproquement. Les plaques muqueuses de la bouche ont un mode d'évolution qui leur est propre, celles des côtés de la langue ont également un processus spécial, elles sont si bien décrites dans les traités spéciaux que je me borne à les mentionner sans plus de détails. Dans l'arrière-gorge qui, à partir du voile du palais, constitue une région pathologique distincte, elles n'ont ni la même marche ni les mêmes apparences.

C'est un signe de virulence dont j'ai déjà noté la valeur que cette propagation d'une éruption à toute la membrane

muqueuse depuis les lèvres jusqu'au pharynx, comme dans la scarlatine, dans la variole et dans la syphilis.

Les plaques muqueuses de la gorge sont plus communes que celles de la bouche, en particulier chez les femmes ; on pourrait presque admettre que la proportion est inverse chez les hommes.

Dès le début, les malades éprouvent une sensation bien plus douloureuse que celle qui se joint à la roséole. L'âpreté de la gorge, sa sécheresse, sa chaleur, la difficulté de la déglutition de la salive sont assez intenses pour devenir une préoccupation, bien que la déglutition des aliments soit relativement peu pénible. Ces sensations vont croissant à mesure que le mal fait des progrès, mais elles sont dès l'origine assez marquées pour que les malades qui consultent tardivement se souviennent d'une date précise. Au plus fort de l'affection, les malades éprouvent, presque sans exception, une recrudescence évidente durant la nuit. Ils sont réveillés à plusieurs reprises par la sécheresse de la gorge et obligés de boire une gorgée de liquide. C'est de tous les accidents précoces de la syphilis constitutionnelle le seul qui représente la périodicité nocturne qu'on ne trouve ni plus constante ni mieux caractérisée à la période tertiaire. Sous ce rapport les plaques muqueuses de la gorge diffèrent de celles qui siégent sur les autres parties du corps et même à la bouche, et qui ne s'exacerbent pas durant le sommeil, ainsi que je l'ai constaté par une longue et minutieuse enquête. La répétition nocturne des douleurs est assez habituelle pour fournir un précieux élément de diagnostic : on ne l'observe aussi positive ou à un tel degré dans aucune autre espèce d'angine, même dans les angines syphilitiques tertiaires.

L'examen direct de la gorge donne des notions plus précises que ces symptômes subjectifs. Mais, comme on peut être appelé à des époques très-diverses à constater la maladie, il importe de se représenter exactement les modifications qu'elle subit pendant son décours.

La papule initiale ou les papules peu nombreuses qui se sont produites simultanément, sont rarement observées et diffi-

ciles à reconnaître pendant les premiers jours ; on voit seulement une plaque rouge à peu près circonscrite quand elle occupe le voile du palais, sans limites appréciables quand elle a pour siége l'amygdale. Peu à peu les parties voisines s'enflamment à quelque degré, la rougeur est diffuse, la luette et le voile du palais sont œdématiés. L'amygdale est gonflée, plus saillante. La papule se perdrait bientôt dans cette phlegmasie diffuse s'il ne s'y opérait une série de transformations qui la rendent de plus en plus distincte.

Sa surface change d'aspect, elle est veloutée, tandis que le reste de la muqueuse est lisse et tendu, on le constate aisément en projetant une vive lumière qu'on fait doucement miroiter. Pour cet examen comme pour toutes les investigations de la gorge, la lumière du jour, avec ou sans miroir réflecteur, est de beaucoup préférable à celle d'une lampe si puissante qu'elle soit. La surface se recouvre au moins par intervalles d'une exsudation ou d'une pellicule blanchâtre, fendillée, inégalement épaisse, l'épithélium se détache et laisse voir un fond de plus en plus fongueux, sillonné par des stries de mucus blanchâtre, pointillé, velouté sous le doigt.

Si la lésion occupe les amygdales, celles-ci augmentées de volume se rapprochent, s'appliquent par un segment l'une sur l'autre, et on voit se reproduire dans la gorge les phénomènes que j'ai signalés en parlant de l'intertrigo des grandes lèvres.

Sur le pilier ou sur le voile du palais les plaques sont moins fongueuses, plus opalines, mais elles n'ont jamais la blancheur mate des plaques muqueuses de la bouche ou des lèvres.

Ce qui donne aux plaques de l'arrière-gorge leur physionomie toute spéciale, c'est la congestion phlegmasique qui non-seulement a pour foyer principal la papule, mais qui irradie autour d'elle. Cette fluxion inflammatoire est un élément essentiel qu'on ne doit pas perdre de vue. Elle explique la douleur, la marche de la lésion, mais aussi elle vient troubler le diagnostic. Parmi les accidents syphilitiques, je ne connais que l'iritis qui soit plus franchement phlegmasique que l'an-

gine à plaques muqueuses. Il s'en faut que les grandes lèvres soient, sous la même influence, également enflammées, et si on veut prendre pour termes de comparaison les plaques de la bouche, on voit que c'est à peine si la muqueuse buccale s'enflamme assez pour former un petit liseré rouge autour de la papule ulcérée.

Les papules muqueuses de la gorge restent à peu près dans le même état pendant un espace de temps qui varie de quelques semaines à quelques mois, lorsqu'on ne leur oppose aucun traitement. Même livrées à leur évolution naturelle, elles sont constamment modifiées par les boissons, par les aliments, par la salive, en un mot par les agents très-variés qui entrent forcément en contact avec elles et qui sont autant de modificateurs. C'est en vertu de ces circonstances favorables que les plaques muqueuses gutturales ne subissent pas de plus profondes transformations, qu'elles se soulèvent à peine, ne se fendillent pas et ne se recouvrent pas de productions plastiques persistantes ou de croûtes. La mobilité des parties, leur lavage incessant, la disposition même de l'arrière-gorge ne se prêtent pas aux inoculations par voisinage. Il n'y a que lorsque les amygdales se touchent qu'on voit survenir des plaques symétriques produites par le frottement.

Les plaques, plus ou moins nombreuses, de dimensions variables, ont à peu près le même aspect, qu'elles occupent les piliers, le voile du palais ou la luette. Il n'en est pas ainsi quand elles se fixent sur les amygdales; mais les différences tiennent bien plus à la structure des amygdales qu'au mode d'évolution de la lésion syphilitique. Au lieu de porter sur une surface lisse comme le voile du palais, les plaques muqueuses se développent là sur des organes souvent anfractueux, bosselés, inégaux, présentant des excavations irrégulières qu'il n'est pas rare de confondre avec des ulcérations. La sécrétion vicieuse n'est détergée par la salive que sur les portions saillantes, elle s'accumule dans les cryptes, se rassemble sous les brides cellulo-muqueuses; elle s'épaissit dans les orifices des glandes où elle séjourne. Non-seulement les boissons, les aliments n'entraînent pas les produits de sécrétion ainsi pro-

tégés, mais il est difficile d'atteindre toutes les profondeurs par les gargarismes ou les cautérisations. Aussi les plaques muqueuses tonsillaires sont elles celles qui offrent le plus de diversités et qui sont le plus durables. C'est sur les amygdales surtout, qu'on voit les plaques muqueuses qu'on pourrait croire à peu près guéries, repulluler au bout même de plusieurs mois de répit et donner lieu à des angines d'une durée presque illimitée.

L'arrière-gorge, région complexe, très-vasculaire, soumise à de nombreuses modifications pathologiques, subit des lésions secondaires qui interviennent à titre de complications. L'inflammation consécutive se développe, elle devient l'occasion de phlegmasies localisées dans les divers éléments du tissu muqueux : les appareils glanduleux se congestionnent, leur sécrétion est altérée, on voit apparaître des points blanchâtres à aspect éruptif; la luette s'œdématie, le voile du palais perd plus ou moins de sa mobilité. Néanmoins la fluxion inflammatoire se propage rarement, elle n'atteint ni les fosses nasales, ni les trompes, et par ce seul fait elle s'éloigne des angines catarrhales diffuses qui sont moins étroitement limitées.

Les ganglions participent à la maladie, ils deviennent douloureux, ils augmentent de volume, et on constate leur accroissement comme on a constaté l'hypertrophie des ganglions situés en arrière du sterno-clido-mastoïdien déterminée par les croûtes de la tête.

A son maximum d'intensité, la plaque muqueuse de la gorge est d'un diagnostic facile; il n'en est ainsi ni à son début ni à sa période de déclin. Au début, l'angine à plaques muqueuses est aisément confondue avec les espèces catarrhales, et le jugement ne se fait en général qu'à l'aide d'autres symptômes concomitants ou de l'anamnèse.

Il existe à cette époque une cause d'erreurs qu'il importe de mentionner. J'ai déjà noté que chez beaucoup d'individus les piliers antérieurs sont le siége d'une rougeur toute particulière et présentent comme deux surfaces lisses ayant à peu près la forme de croissants. Les plaques muqueuses viennent souvent se fixer sur ces points; mais on peut, et je signale le fait pour

avoir eu plus d'une occasion de le constater, on peut s'abuser en prenant les surfaces lisses pour des plaques muqueuses commençantes.

Le jugement est bien plus délicat à la phase du déclin. Longtemps après que les plaques ont disparu, ou spontanément ou sous l'influence de la médication, la gorge reste enflammée, rouge et douloureuse par intervalles. La convalescence est le plus souvent presque aussi longue que la maladie. Si on est appelé à cette époque on réussira encore, avec une suffisante attention, à reconnaître la nature du mal. La membrane muqueuse garde un aspect pointillé, rugueux, sans analogue, prédominant aux points qui ont été le plus affectés. Je n'insiste pas néanmoins sur ces caractères toujours douteux et presque impossibles à traduire.

Les plaques muqueuses de la gorge sont extrêmement fréquentes chez les femmes ; les hommes y sont moins sujets. Chez les uns comme chez les autres elles ont une valeur diagnostique considérable. J'ai dit qu'elles pouvaient être la première manifestation de la syphilis constitutionnelle et devancer la roséole.

J'ajouterai qu'elles peuvent apparaître comme symptôme exclusif après que la roséole a disparu, si tant est même qu'elle ait existé. On rencontre des malades qui n'ont qu'un lointain souvenir des accidents primitifs incertains, qui ont vécu dans une apparente immunité, et qui, au plein de leur santé, plusieurs mois après l'inoculation, sont affectés, pour tout accident, de plaques muqueuses gutturales. C'est dans ces cas, plus communs dans la pratique civile que dans les hôpitaux, qu'il se produit de fâcheuses méprises. L'origine syphilitique des lésions est méconnue parce qu'on se livre à un examen superficiel, et que le malade non-seulement n'encourage pas, mais détourne les soupçons.

De toutes les angines syphilitiques, celles qui se produisent sous la forme de plaques muqueuses sont de beaucoup les plus communes, et c'est une raison pour qu'on s'applique à les connaître. Il restera encore assez de faits douteux, surtout si l'observation a lieu à la période de décroissance.

*Traitement.* Les plaques muqueuses de la gorge guérissent sans traitement, ou tout au moins sous l'influence de ce traitement instinctif que tout malade emploie contre les sensations douloureuses de la gorge : boissons répétées, abstention des agents irritants.

La guérison spontanée est lente à se produire et presque toujours incomplète. Il ne suffit pas en effet que les plaques existantes aient disparu, il faut encore qu'il n'y ait plus de tendance à la production de plaques nouvelles. Les papules muqueuses se font par éruptions successives; celles qui se sont effacées sont remplacées par d'autres, qui se développent ou aux mêmes lieux ou sur d'autres points. On voit ainsi des malades passer par des guérisons et des rechutes, qui prolongent indéfiniment la maladie, tandis que d'autres plus favorisés ne subissent qu'une seule poussée.

S'en remettre à la curation naturelle, ce serait consentir à un étrange abandon quand les remèdes ont une incontestable efficacité. Le traitement doit remplir deux indications qui se complètent : 1° guérir les plaques muqueuses; 2° parer à l'inflammation concomitante. La première indication est remplie par les caustiques appliqués à doses assez élevées : solution de sulfate de cuivre ou de zinc au cinquième, de nitrate d'argent au dixième, de sublimé au quarantième, teinture d'iode. L'alun n'est d'aucune utilité. On cautérise seulement les plaques avec un pinceau de blaireau en ayant soin de ne pas étendre, outre mesure, la cautérisation comme on le fait trop habituellement. Une seule cautérisation par jour suffit.

Dans le reste de la journée, le malade doit être soumis à l'usage aussi répété que possible de gargarismes astringents avec l'extrait de ratanhia, de monésia, avec le tannin, ou même de gargarismes composés de simples infusions de plantes moins actives, suivant le degré de l'inflammation qu'il s'agit de combattre.

Le traitement général sera administré sans délai. Ceux qui doutent encore de l'utilité des mercuriaux dans la cure de la syphilis et qui conseillent l'expectation, n'ont qu'à prendre

pour mesure de l'action des remèdes, l'angine syphilitique que je viens de décrire. Qu'ils comparent l'état des malades traités par le mercure et celui des individus qui n'ont pas eu recours à la médication, qu'ils jugent non pas en thèse générale, mais d'après des accidents visibles, observables à chaque heure, et ils seront aisément convaincus. Huit jours de médication interne font plus que huit semaines d'expectation pour éteindre sinon la maladie, au moins les symptômes locaux.

V. ANGINES TERTIAIRES. — Je suis forcé de réunir sous ce titre un certain nombre de syphilides de la gorge appartenant à une période plus avancée de l'intoxication vénérienne. J'aurais voulu prendre chaque éruption à part et la décrire dans toutes ses phases, mais je n'ai pas été à même de suivre dans leur évolution complète un assez grand nombre de faits.

Tandis que dans les formes précédentes on était prévenu par les accidents primitifs de date récente et on assistait au début de lésions qu'on attendait, ici on n'est souvent mis en demeure d'intervenir qu'à l'époque où il existe déjà des ulcérations. C'est justement parce que l'observation était tardive, parce qu'on n'était pas témoin de ses commencements, qu'on s'est habitué à admettre l'angine syphilitique primitivement ulcéreuse dont j'ai contesté l'existence. Toutes les fois qu'il m'a été permis d'observer les premières manifestations, j'ai vu l'ulcération précédée par une lésion d'un autre ordre.

Cette altération préalable est ou une bulle, ou une pustule, ou un tubercule.

Les éruptions bulleuses de la gorge sont extrêmement rares, si j'en juge par mon expérience. Je n'ai qu'un fait très-concluant de rupia syphilitique survenu chez une jeune fille en traitement à l'hôpital de Lourcine. La malade, d'une constitution lymphatique, âgée de dix-neuf ans, ne savait à quelle date remontaient les accidents primitifs dont elle ne s'était pas aperçue. Elle était entrée à l'hôpital pour une blennorrhagie, et avait subi déjà un court traitement à la suite d'une

roséole guérie. Un mois après son entrée, elle se plaignit de mal de gorge. A l'examen direct on constatait au-dessus du pilier gauche, sur le bord du voile du palais, une plaque blanche, comme gaufrée, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, parfaitement ronde et à bords nettement limités. J'avouerai que je restai indécis sur la nature de cette plaque d'un aspect tout particulier jusqu'au jour où des bulles de rupia se produisirent à la peau. Le rupia de la gorge dura plus de deux mois. La fausse membrane était adhérente, elle prit de plus en plus d'épaisseur et finit par faire une saillie notable. Les cautérisations et les gargarismes ne donnaient aucun résultat; si on détachait avec des pinces quelques fragments, on retrouvait le lendemain le vide rempli par une nouvelle sécrétion; peu à peu la croûte blanchâtre se souleva d'elle-même, laissant à nu une surface opaline, puis une ulcération peu profonde, saignante au contact d'un linge et qui guérit assez rapidement.

Les éruptions squameuses s'observent moins rarement, mais on sait combien d'indécisions règnent encore relativement au diagnostic de la psoriase syphilitique. Que les squames se produisent à la peau ou sur la membrane muqueuse de la gorge, elles apparaissent dans des conditions qui laissent subsister plus d'un doute. Je ne connais pas dans la science de fait de syphilide squameuse gutturale; bien que j'aie vu plusieurs cas de psoriasis de l'arrière-gorge, je n'en pas rencontré un seul qui me parût de nature vénérienne.

Les éruptions pustulo-papuleuses sont au contraire assez communes, mais je les ai toujours vues coïncider avec un exanthème identique à la peau. Le diagnostic se faisait par l'examen de l'affection cutanée, et l'angine occupait une place d'autant moins considérable qu'elle occasionnait assez peu de douleur, et que les malades ne s'en plaignaient qu'après avoir été interrogés sur ce point. Chez un homme de vingt-deux ans l'éruption pustulo-papuleuse de la gorge était d'une extrême confluence, elle s'était concentrée surtout sur la luette à laquelle elle donnait l'aspect d'une grappe rouge, plus étroite à la base qu'à la pointe, l'exanthème cutané

était également confluent. Le malade, qui n'avait pas subi de traitement, accusait de la sécheresse de la gorge, de la gêne de la déglutition, et malgré le volume et la procidence de la luette, il n'éprouvait pas la sensation de corps étranger et ne *graillonnait* pas.

Les tubercules me semblent au contraire être la forme la plus fréquente des syphilides tertiaires, c'est sur une élevure tuberculeuse ou sur une gomme, que se développent, selon moi, la plupart des ulcérations vraies. Malheureusement si convaincu que je sois du fait, je ne puis le donner que comme une hypothèse, faute de preuves décisives à l'appui. Sur cent observations d'ulcères syphilitiques de la gorge, il arrivera une fois tout au plus qu'on soit présent aux premières manifestations. Jusqu'à quel point est-on autorisé à conclure que cette seule observation doit servir de type aux autres?

Avant d'entamer l'étude difficile des ulcérations de la gorge, il est nécessaire de s'entendre sur la dénomination. Les auteurs ont confondu sous le nom d'ulcères, des lésions de toute espèce, quand ils n'ont pas pris pour des pertes de substance les anfractuosités des amygdales. Le nom d'ulcération doit être réservé aux états pathologiques caractérisés par une destruction plus ou moins profonde de la membrane muqueuse, affectant en général une forme arrondie, à bords tranchés, et par conséquent représentant une lésion bien limitée sur la membrane à peu près saine. Ainsi comprise, la définition exclut les simples érosions épithéliales, qu'elles soient ou non recouvertes de produits fibro-plastiques ou purulents, qu'elles simulent ou non une perte de substance qui n'est qu'apparente. L'ulcération répond, à quelque degré, à l'idée d'un sphacèle, d'un arrêt de circulation capillaire, tandis que les lésions superficielles que j'élimine s'expliquent par un tout autre processus pathologique. Les plaques muqueuses ne sont pas ulcérées, même quand l'épithélium ne les recouvre plus, les pustules béantes ne rentrent pas davantage dans la définition admise d'ailleurs par tous les médecins,

Une ulcération primitive serait chose à peine intelligible ;

même à la suite de la brûlure, l'ulcère n'est qu'un phénomène secondaire. En dehors du traumatisme, il est également précédé d'un travail morbide qui le prépare d'abord, et plus tard l'entretient; seulement cette première phase passe le plus souvent inaperçue, parce qu'elle n'entraîne que peu de malaises locaux.

J'ai eu l'attention éveillée sur ce point par un fait encore présent à mon esprit, bien qu'il date de loin. Un jeune homme vient me consulter pour une angine médiocrement douloureuse, mais qui l'incommodait depuis quelques semaines. L'examen de la gorge me donne à constater une pharyngite subaiguë, et en même temps une élevure saillante située derrière le voile du palais, et visible seulement en soulevant cette membrane. Le malade se plaignait d'enchifrènement, de nasonnement, de chaleur avec gêne de la déglutition; il était d'une santé robuste. J'ajournai mon avis à une seconde inspection, mais le malade ne revint pas; sollicité par quelques amis, il avait remis ce traitement à un médecin homœopathe, qui, moins indécis, avait promis une guérison immédiate. Cependant l'événement ne répondait pas aux espérances, et un mois plus tard le jeune homme revenait en s'excusant de sa défection. A la place de la tumeur pharyngienne, on voyait une ulcération d'un centimètre environ de diamètre et manifestement syphilitique. Il était facile d'ailleurs d'établir la série des accidents à partir du chancre primitif. Le traitement fut promptement efficace, et il ne se forma pas d'autre ulcère.

Lorsque l'ulcération est chronique, on n'a aucun moyen de remonter à ses antécédents; il n'en est plus de même quand les ulcérations sont multiples et se produisent successivement à des intervalles plus ou moins éloignés. Averti par la première lésion, on peut exercer une surveillance attentive et saisir les premières manifestations. Chez un homme atteint de syphilis constitutionnelle, rebelle à toutes les médications, je n'ai eu que trop de facilités pour suivre l'évolution des nombreux ulcères, qui, pendant huit mois, se succédèrent dans l'arrière-gorge. Il était possible d'assigner

d'avance la place où apparaîtrait l'ulcération qu'on était impuissant à prévenir. La membrane muqueuse se soulevait en formant une saillie aplatie, rouge, dure au toucher, d'une étendue variable, d'une durée moyenne de dix à quinze jours, qui s'ulcérait brusquement dans l'espace de vingt-quatre heures avec une perte de substance évidente. Était-ce un tubercule ou une gomme syphilitique?

Les ulcérations du nez, situées assez près de l'orifice des narines pour se prêter à une inspection directe, sont plus souvent examinées à leur début. On voit la muqueuse de la cloison soulevée, douloureuse, rouge, dépouillée ou non de son épithélium bien avant qu'on ait à reconnaître un ulcère ou qu'on soupçonne même l'origine spécifique du mal.

Les ulcérations de la voûte palatine sont encore plus probantes. La membrane muqueuse, appliquée sur un plan osseux, ne subit pas la moindre altération sans donner la sensation d'un corps étranger. Les malades, prévenus par cette sensation incommode, s'assurent par le toucher de la langue ou du doigt de l'existence d'une petite tumeur dont ils ont l'exacte mesure. Habituellement ils ne recourent pas à un conseil médical, mais quand plus tard on les interroge, ils déclarent sans hésiter que l'ulcération a été précédée par une saillie lisse à laquelle ils assignent une date précise.

Quoi qu'il en soit de ce stade préliminaire, la période ulcéreuse est la plus durable, et par suite la plus importante à étudier cliniquement.

L'ulcère, une fois formé dans la gorge, présente non-seulement des processus variables, mais il entraîne des complications plus nombreuses qu'on ne serait porté à le croire. Dans son type le plus simple, il se réduit à une perte de substance coupée comme à l'emporte-pièce à bords finement frangés, rouges, indurés, plus ou moins saillants, à fond d'un aspect très-différent, suivant les circonstances et chez le même malade. La disposition qu'ont toutes les plaies de la membrane muqueuse de la gorge à se recouvrir de fausses membranes, rend compte de la plupart des variations. En effet le fond est tantôt grisâtre, opalin, rouge, fongueux, tantôt sec,

presque lisse, pâle; tantôt revêtu d'un enduit caséeux, adhérent, fibreux.

Les ulcères n'ont de tendance à s'étendre que dans des cas exceptionnels, ils sont en nombre plus ou moins considérables et siégent indifféremment sur tous les points de la gorge, à l'inverse des plaques muqueuses. Leur marche est très-lente, leur aptitude à la réparation spontanée presque nulle, à ce point que la durée est le plus souvent un élément décisif du diagnostic.

En contact avec toutes les substances solides ou liquides qui sont ingérées, baignés constamment par la salive ou par les sécrétions muqueuses, les ulcères ne se recouvrent jamais de croûtes et par conséquent ne sont pas protégés contre les influences extérieures. Il en résulte que, suivant une multitude de conditions impossibles à déterminer, ils éprouvent dans leur processus des oscillations, soit qu'ils deviennent le siége d'une inflammation passagère, soit qu'au contraire ils contractent une sorte de passivité ou, qu'on me pardonne le mot, d'indifférence momentanée.

Lorsque la phlegmasie accidentelle est intense, elle se propage aux parties voisines, gagne le nez, la région intérieure du pharynx et s'étend aux trompes d'Eustache. Les ulcères syphilitiques de la gorge procèdent ainsi par poussées et les douleurs qu'ils déterminent sont loin de se limiter à la portion ulcéreuse. Le plus souvent les malades sont incapables d'assigner un point précis où se concentre le maximum de la souffrance. Les troubles fonctionnels sont diffus comme la douleur : il survient du coryza, de la sécheresse ou du ptyalisme, du nasonnement, des bourdonnements d'oreilles, etc.

Les ganglions du cou ne prennent pas part à l'ulcération; rarement ils s'enflamment et seulement à l'occasion d'une phlegmasie secondaire.

L'état général a une double influence : ou il intervient dans le développement local de l'ulcère ou il en subit le contre-coup. Les angines syphilitiques ulcéreuses, de même qu'elles sont précédées par une lésion topique, sont annoncées avant l'ulcération par des malaises prémonitoires dont la significa-

tion est presque toujours méconnue : fatigue excessive, sans proportion avec le mal de gorge presque insignifiant, courbature, douleurs articulaires vagues, céphalalgie passive, tenace, dégoût des aliments plutôt capricieux que constant, fréquence du pouls, état fébrile sans fièvre proprement dite.

Ces phénomènes généraux s'amoindrissent ou même se dissipent après la formation des ulcères ; tout au moins ils s'amendent en même temps et presque au même degré que les altérations locales. Ils sont parfois remplacés par la cachexie moins douloureuse, mais plus déprimante, qui se lie si fréquemment aux manifestations tardives de l'intoxication vénérienne, et qui contribue pour une part à l'incurabilité des accidents.

*Traitement.* — Lorsque la nature du mal a été reconnue, le traitement en fait assez promptement justice dans les cas simples. L'ulcération se rétrécit, les bords sont moins indurés et le progrès en bien a lieu de la circonférence au centre, il faut quelquefois peu de jours pour obtenir une amélioration considérable. Un fait curieux et positif c'est que la cicatrisation ne laisse aucune trace, et bien qu'on ait assisté à toutes les phases de l'ulcération on ne trouve plus même un indice après la guérison complète.

C'est surtout pour les angines ulcéreuses qu'on doit avoir recours aux remèdes topiques en même temps qu'à la médication générale par l'iodure de potassium. Les ulcères guérissent, mais beaucoup plus lentement, quand on ne met en usage que le traitement interne si bien dirigé qu'il soit. Topiquement les caustiques actifs sont d'une incontestable utilité, ils n'offrent pas, quant à leur nature, d'indications particulières, et le choix doit être fait plutôt d'après les résultats de l'expérience que d'après des données théoriques. Quelque justifié que soit l'emploi des cautérisations, il importe cependant de se rappeler que l'angine syphilitique ulcéreuse a, comme toutes les angines vénériennes, des tendances inflammatoires sur lesquelles j'ai longuement insisté et qui réclament une surveillance attentive. Dès qu'on voit poindre au pourtour de l'ulcération cautérisée une phlegmasie subaiguë,

quand la douleur qui succède à l'opération se prolonge ou s'exagère, il convient de suspendre ce mode de traitement sous peine de provoquer des complications fâcheuses.

*Complications.* — A l'arrière-gorge comme dans les autres régions qu'elles peuvent affecter, les ulcérations syphilitiques n'ont pas toujours cette bénignité.

L'ulcère y est sujet aux complications qu'on observe partout ailleurs : il prend le caractère phagédénique ou serpigineux, il creuse plus ou moins profondément, il envahit le tissu cellulaire et fuse dans les tissus, il altère les plans osseux. Dans d'autres cas il procède des parties profondes à la surface, et l'ulcération superficielle démasque seulement une lésion latente.

Je pourrais rapporter ici des observations à l'appui de ces complications ou de ces processus qui ne sont rien moins que rares. On en trouve de nombreux exemples dans les auteurs, et les occasions de recueillir ces faits sont fréquentes. Le Dr Martellière a réuni dans sa dissertation inaugurale qui contient tant d'utiles matériaux, des cas graves d'ulcères syphilitiques qu'on lira avec intérêt. Je lui emprunte, en l'abrégeant, l'histoire d'une malade de l'hôpital de Lourcine qui présenta un des ulcères serpigineux les mieux caractérisés.

Cette malade âgée de 25 ans portait, à son entrée à l'hôpital, une ulcération qui avait fait presque tout le tour de l'isthme; à gauche la moitié interne du voile du palais est détruite, la luette a complétement disparu, les bords sont déchiquetés, le fond est inégal, les bourgeons charnus pâles et flasques sont séparés par des anfractuosités où adhère un putrilage grisâtre.

L'ulcération contourne la base de la langue, s'épanouit sur le pharynx, les fosses nasales sont également ulcérées; tumeur lacrymale du côté droit, voix éteinte; déglutition douloureuse.

A la suite de cautérisations avec la teinture d'iode, érysipèle de la face, graves accidents, péritonite, mort au dix-huitième jour.

L'autopsie permet de mieux examiner l'ulcère : on constate que les bords sont décollés, que la membrane muqueuse est

infiltrée profondément, indurée, et que la couche superficielle a seule été détruite. Le tissu profond a la dureté du cartilage. L'amygdale gauche, la paroi postérieure du pharynx sont le siége d'ulcérations analogues, on en trouve de semblables sur la muqueuse de l'épiglotte, à l'orifice supérieur du larynx; une des cordes vocales supérieures est détruite, l'autre contient un noyau induré. Mêmes altérations des fosses nasales. Nulle part les os ne sont dénudés. Ajoutons que la malade portait une syphilide tuberculeuse de la peau.

Les exemples de tumeurs gommeuses vénériennes devenant le point de départ d'ulcérations n'ont également rien d'exceptionnel.

Non-seulement l'ulcère syphilitique de la gorge peut entraîner des pertes de substance profondes, étendues et causer localement d'énormes ravages, mais il s'accompagne d'accidents concomitants auxquels les syphilides cutanées ne se prêtent pas habituellement; je n'ai pas à insister sur toutes les possibilités de ces désorganisations ulcéreuses qui s'expatient à l'aventure et sont d'autant mieux caractérisées qu'elles sont plus considérables. En présence d'une vaste destruction sans sphacèle, on n'hésite guère sur le diagnostic : la syphilis est la seule maladie qui ronge ainsi les membranes muqueuses. On est moins préparé à craindre les accidents sur lesquels je tiens à appeler l'attention. Déjà dans l'observation de M. Martellière, on a pu voir l'érysipèle partir des ulcérations pour envahir la face et devenir mortel. Ce grave incident vient, plus souvent qu'on ne le supposerait, compliquer les angines ulcéreuses spécifiques, j'en rapporterai un exemple qui me paraît, sous ce rapport comme à d'autres points de vue, mériter d'être reproduit avec quelques détails.

B..., journalier, 62 ans, entre dans mon service (salle Saint-André, 12), le 24 février 1863, pour un zona du côté droit. Les premiers accidents syphilitiques qui datent de 1828, ont consisté en un chancre et un bubon non suppuré.

Il y a deux ans que B... a commencé à ressentir des douleurs dans la gorge, d'abord légères, successivement plus pénibles,

s'exagérant la nuit. La déglutition était difficile par intervalles et le malade raconte que, lorsqu'il éprouvait trop de gêne, il regardait sa gorge dans une glace et apercevait comme des plaques grisâtres sur les amygdales ou sur le fond du palais. Il ne consulta pas de médecins, fit usage de gargarismes émollients et se trouva mieux. Des douleurs *rhumatismales* occupant surtout le bras droit l'empêchaient seules de continuer son travail.

Cependant les douleurs reprirent plus d'intensité, elles se propageaient jusque dans l'oreille gauche, les ganglions étaient devenus volumineux, une céphalalgie presque constante était venue s'y joindre, et le malade était tombé dans un état de faiblesse profonde et de découragement. Une nouvelle amélioration se produisit, la plupart des accidents disparurent, l'alimentation redevint facile, et à son entrée à l'hôpital, il ne se plaignait guère que des souffrances que lui causait le zona.

Une troisième poussée eut lieu sous nos yeux. Cette fois les douleurs étaient plus vives, mais sans périodicité nocturne; les ganglions maxillaires se tuméfient et sont sensibles à la pression, l'amygdale gauche est rongée et comme fouillée par des ulcères sinueux; le fond du pharynx présente une ulcération de la dimension d'une pièce de deux francs, dont les bords sont rouges, déchiquetés et soulevés, tandis que le fond est recouvert d'une fausse membrane grisâtre demi-transparente. L'amygdale droite est rouge et forme en un point une saillie tuberculeuse; le reste de la gorge est sain.

En même temps, on constate des tumeurs gommeuses dont une siége au pli de l'aine et l'autre à la face interne de la tubérosité du tibia.

Le traitement consiste en cautérisations avec la teinture d'iode, douches froides, administration de l'iodure de potassium et des mercuriaux à l'intérieur; l'état local s'améliore, l'amygdale gauche est en voie de réparation, le fond de l'ulcère du pharynx se couvre de bourgeons charnus; l'évolution de ces accidents se fait néanmoins lentement. Le 3 juillet, le malade se plaint d'une douleur vive du nez. Le 5, un érysipèle

se manifeste et envahit toute la partie centrale du visage. Le 9, B... accuse de la sécheresse et du mal de gorge. La gorge est rouge, couverte de vésicules jaunâtres et de phlyctènes plus étendues, d'aspect diphthéroïde. Il est évident que l'érysipèle qui a débuté par les narines s'est propagé dans deux directions, d'abord du côté de la face et un peu plus tard du côté du pharynx. L'état général n'est pas assez compromis pour donner des inquiétudes.

Le 11, les phlyctènes ont disparu ; elles sont remplacées à droite surtout par des crevasses transversales rectilignes peu profondes, à fond jaunâtre. On observe sur le front aux points où l'érysipèle a pris une certaine intensité, des lésions exactement identiques ; la gorge est d'un rouge ardent, modérément douloureuse, la déglutition des liquides est seulement un peu difficile.

Cinq jours après, tous les phénomènes ont disparu aussi bien à la gorge que sur la face ; on n'aperçoit plus de traces des ulcérations ; les ganglions restent encore volumineux, et le malade, malgré mes instances, quitte l'hôpital.

Indépendamment des poussées érysipélateuses, les ulcères syphilitiques de la gorge s'exacerbant dans leur cours et procédant, pour ainsi dire, par secousses, entraînent à chaque crise nouvelle un redoublement des accidents généraux qui ont marqué le début. Les douleurs pseudo-rhumatismales prennent plus d'intensité et sont parfois assez vives pour que le malade oublie l'angine à laquelle elles sont rattachées, et concentre son attention sur les souffrances mal définies des membres. Le diagnostic est ainsi doublement entravé, ou parce qu'on se préoccupe d'un phénomène secondaire, ou parce qu'en tenant compte de l'angine on risque de renverser la subordination des symptômes et de considérer l'angine comme une localisation gutturale du rhumatisme. Qu'on ne croie pas que ces douleurs rhumatismales sont indécises et moyennes, elles acquièrent dans certains cas une vivacité inattendue ; elles se rassemblent au voisinage des jointures, et l'erreur n'est pas sans excuse.

VI. Je me suis appliqué à décrire les espèces de syphilides gutturales, plus soigneusement peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et à montrer que là, comme dans tant d'autres maladies, la membrane muqueuse de la gorge est l'équivalent pathologique de la peau. Quelque imparfaite que soit la tentative, elle ne sera pas inutile si elle a pour résultat de remplacer par des données positives, les généralités. On a pris l'habitude, et c'est une grande faute, de traiter de l'angine syphilitique comme si elle représentait une unité, tandis qu'on s'ingéniait à multiplier les espèces des syphilides cutanées. Il faut admettre et reconnaître autant de syphilides de la membrane muqueuse qu'il y a d'éruptions à la peau.

C'est faute d'avoir tenu compte de ces distinctions qu'on a méconnu l'évolution des diverses formes d'angines dans leurs rapports avec la période d'infection à laquelle elles correspondent. Malgré tous les efforts, il restera encore assez de cas indécis, et, pour ma part, je ne sache pas de jugement plus difficile que celui de certaines angines d'une spécificité douteuse, et qui apparaissent comme les seules manifestations de l'infection vénérienne.

Lorsque l'affection paraît avoir débuté par les os et, de là, s'être étendue de dehors en dedans à la membrane muqueuse, on hésite même après les investigations les plus attentives. Ces faits indécis se racontent peu, mais ils s'observent. Le docteur Bryant a rapporté dans les transactions de la Société pathologique de Londres (1860) un fait d'autant plus curieux que les ulcérations avaient acquis plus d'étendue, et l'auteur se demande jusqu'à quel point, même après l'autopsie, on est fondé à nier ou à admettre la nature syphilitique de la maladie.

Une fille de 20 ans entre au Guy's Hospital le 3 janvier 1860. Elle est pâle, d'une santé habituellement débile.

Trois semaines avant son entrée, elle avait été prise d'ulcérations de la gorge qui allaient en empirant, sans qu'au moment de son admission il existât aucun signe d'affection laryngée. L'ulcération de la gorge très-étendue occupait tout le

voile du palais et la partie postérieure du pharynx. La luette avait entièrement disparu.

Comme la maladie paraissait de nature syphilitique, les investigations furent dirigées dans ce sens; mais il n'existait aucune trace de syphilis actuelle, et la malade niait résolûment avoir jamais éprouvé de symptômes vénériens.

Les toniques et les stimulants locaux furent prescrits avec un bénéfice apparent; les ulcérations du voile du palais se cicatrisèrent.

Trois jours après son admission, un peu de raucité de la voix avec de la difficulté dans la déglutition est noté pour la première fois. On administre un régime fortifiant, mais la santé décline, et six semaines après le début de la maladie, trois semaines après son entrée, la malade meurt au troisième jour d'une pneumonie, sans apparence d'obstruction laryngée.

Autopsie. Pneumonie étendue expliquant la mort.

Les parois du pharynx, la base de la langue et toute la portion supérieure du larynx jusqu'aux cordes vocales exclusivement sont couvertes d'ulcérations. Les deux grandes cornes de l'os hyoïde sont à nu, nécrosées et même détachées du corps de l'os. L'épiglotte a disparu avec tous les replis de la membrane.

Les mêmes difficultés se reproduisent et la solution est peut-être plus délicate encore, quand, au lieu d'être ulcéreuse, l'angine apparaît sous des formes moins exactement définies.

Une femme de vingt-huit ans, mariée, entre dans mon service (salle Sainte-Thérèse, 14) le 8 février 1862. Elle se plaint de dysménorrhée, de gastralgie, mais surtout d'un mal de gorge qui date d'une année environ, qu'elle attribue à une dent de sagesse et qui aurait guéri une première fois par l'usage du jus de citron. Depuis huit jours une nouvelle attaque a eu lieu, les douleurs sont plus vives que la première fois, surtout lorsque la malade avale.

A l'examen direct, rougeur diffuse et peu intense de la gorge;

sur la face antérieure du voile du palais, à peu près dans la partie médiane, il existe trois plaques d'un centimètre environ de diamètre, disposées de manière à représenter assez bien une feuille de trèfle. Ces plaques sont d'un rouge violacé, épaisses, indurées, à surface tomenteuse et mamelonnée. Deux d'entre elles présentent de petites ulcérations superficielles grisâtres. Des ulcérations analogues se sont produites sur le voile du palais, sur la face antérieure du pilier droit, où on constate une petite dépression de trois millimètres environ de diamètre. La luette est rouge, tuméfiée, et porte à sa base une ulcération plus étendue et plus profonde. L'amygdale droite, volumineuse, est grisâtre et blafarde. A la voûte du palais, au point de jonction des os palatins, tuméfaction sous laquelle on sent une crête osseuse saillante et douloureuse au toucher.

La malade n'a jamais eu, dit-elle, d'affection syphilitique; elle est sujette à des maux de tête qui ne s'exagèrent pas pendant la nuit et présente d'ailleurs tous les attributs d'une constitution lymphatique. Quelques ganglions cervicaux, pas de ganglions sous-maxillaires volumineux et indurés. Dans le doute, je prescris l'iodure de potassium à l'intérieur et les cautérisations avec la teinture d'iode atténuée.

Le 20 février, il n'y a pas eu de changement appréciable.

Le 22, la malade se plaint d'avoir eu un frisson le soir et de souffrir davantage. La céphalalgie est plus vive, la racine du nez est gonflée et rouge.

Le 24, la fièvre, qui avait été peu intense, disparaît; le coryza est moindre, la douleur en avalant est elle-même très-diminuée, les trois plaques médianes sont moins rouges et semblent moins élevées.

Le 26, on remplace les cautérisations iodées par une solution de nitrate d'argent au vingtième; les plaques prennent un aspect jaunâtre, mais leurs dimensions restent toujours les mêmes.

La malade, qui a quitté l'hôpital en continuant chez elle le traitement interne et en employant seulement des gargarismes astringents, revient, au bout d'un mois, à la consulta-

tion. Les douleurs sont nulles, la déglutition facile, mais l'aspect de la gorge s'est à peine modifié. Depuis lors, je n'ai pas eu l'occasion de la revoir. Était-ce une affection syphilitique ou une lésion scrofuleuse? Je n'oserais résoudre la question, et j'avoue n'être pas renseigné sur les scrofulides gutturales.

Enfin les syphilides ulcéreuses de la gorge ont pu être confondues avec les affections cancéreuses de l'amygdale. Si cette erreur de diagnostic est facilement évitée quand le cancer épithélial s'observe à une période avancée de son évolution, elle est beaucoup plus excusable au début.

L'amygdale est, autant qu'on peut donner une description générale d'une maladie rare et toute variable dans ses manifestations, transformée d'abord en une plaque blanchâtre, dure au toucher, à bords saillants simulant au centre une dépression qui en réalité n'existe pas.

Les douleurs, d'intensité très-inégale, s'exagèrent souvent la nuit. L'arrière-gorge, qui pendant le jour sécrète un excès de mucus visqueux, se dessèche pendant la nuit, et le malade est réveillé par la difficulté qu'il éprouve à respirer.

Les ganglions de l'angle de la mâchoire, d'abord peu volumineux, douloureux à la pression, semblent s'être congestionnés sous l'influence de l'inflammation secondaire qui s'étend autour du foyer cancéreux.

Plus tard la distinction devient moins délicate, la surface ulcérée se couvre de bourgeons; elle se fendille ou même se divise en lobes saillants, séparés par de profondes anfractuosités. Les ganglions acquièrent des dimensions énormes, et c'est avec raison qu'on a donné comme caractéristique cette hypertrophie aiguë dont on ne retrouve jamais l'équivalent à la suite des angines syphilitiques ulcéreuses les plus graves.

## ANGINE ACNEÏQUE.

I. Les dermatologistes désignent aujourd'hui sous le nom d'acné une affection qui a pour siége essentiel ou exclusif les follicules sébacés de la peau; je ne me dissimule par les objections que peut soulever l'introduction de ce nom dans la pathologie de l'arrière-gorge, et si je persiste à admettre l'existence d'une acné gutturale, il est trop juste que j'indique les raisons qui me déterminent.

Les glandes sébacées de la peau rentrent dans la classe des glandes agminées ou en grappe, dont les glandes salivaires représentent le type le plus achevé. Elles se composent de glandules groupées autour d'un canal extérieur qui s'ouvre, le plus souvent, dans un follicule pileux. Bien qu'elles soient en rapport avec le follicule pileux, qu'on les trouve dans les parties de la peau pourvues de poils, qu'elles manquent à la paume des mains et à la plante des pieds, elles ont une existence indépendante et sont très-développées dans des points où, comme au nez, les poils restent à l'état embryonnaire. Leur structure histologique n'a rien qui la distingue expressément et qui soit en rapport avec leur fonction. Les cellules qui remplissent les cavités des glandules ou qui en recouvrent les parois intérieures varient, comme toujours, de nature et d'aspect. Les premières sont opaques et remplies de globules graisseux, les secondes sont transparentes et entremêlées de rares granules de graisse; comme toujours aussi, on suppose que les cellules qui forment la couche épithéliale sont les plus jeunes destinées à se transformer successivement en produits sébacés.

Quant à la matière sébacée elle-même, on est mal renseigné sur sa composition chimique, les analyses assez rares ayant porté presque exclusivement sur la couche caséeuse qui revêt le nouveau-né au moment de la naissance.

Les glandes sébacées, dont je viens de rappeler les prin-

cipaux éléments, ont pour siége la peau proprement dite et pour caractère d'être accolées à un follicule pileux. Il existe d'autres glandes ayant la même constitution anatomique donnant naissance au même produit sébacé, et qui s'ouvrent par un orifice propre dans des points dépourvus de poils. La peau du gland, celle des petites lèvres chez la femme, moitié peau, moitié membrane muqueuse, fournit une quantité relativement considérable de matière sébacée produite par un appareil glandulaire qui ne diffère en rien de celui de la peau.

D'après les livres, l'ensemble des glandes blennogènes peut subir les altérations pathologiques réunies sous le nom d'acné; en fait, un petit nombre de ces glandes est sujet à cette affection dont on sait la prédominance à peu près exclusive pour la face et pour le dos. Admettre une acné de la gorge, n'est-ce pas supposer l'existence de glandes sébacées dans l'épaisseur de la membrane muqueuse, et imaginer un appareil sécrétant que je n'ai pas la prétention d'avoir découvert?

En pénétrant plus avant dans l'étude du problème, on verra jusqu'à quel point cette fin de non-recevoir est fondée.

La membrane muqueuse de la gorge est pourvue, elle aussi, de glandes dont il importe de comparer la structure avec celles des glandes sébacées de la peau. Ce sont, en dehors des simples cryptes muqueuses, des glandes agminées, composées de glandules réunies en petits lobes munis d'un canal excréteur. Ces canalicules se rassemblent dans un conduit unique qui s'ouvre à la surface libre de la membrane muqueuse.

Chaque glandule est enveloppée par une membrane homogène qu'on suppose être le prolongement de la couche amorphe sous-jacente à l'épithélium. Leur contenu consiste en cellules à noyau et en une masse granuleuse de nature indéterminée. Le conduit excréteur, tapissé par un épithélium, est, indépendamment de sa membrane amorphe, recouvert le plus souvent par une couche assez résistante de tissu connectif.

La disposition anatomique des glandes mucipares est donc

histologiquement analogue à celle des glandes sébacées, des glandes de Tyson et de celles des petites lèvres de la femme qui n'ont pas reçu de dénomination particulière. Physiologiquement, l'analogie cesse, le produit excrété est tout autre, et il s'en faut qu'on soit renseigné sur sa nature vraie.

La sécrétion des corpuscules muqueux laisse encore de nombreuses incertitudes, et on ne sait pas exactement le rôle que remplissent les glandes, les cryptes et la membrane elle-même, qui contribue pour une part à la production du mucus. Quoi qu'il en soit, rien n'autorise à croire que les glandes mucipares donnent un produit analogue à la matière sébacée. Est-il nécessaire que le produit soit le même pour que les maladies des deux appareils sécréteurs soient comparables? Si l'acné n'était que l'hypercrinie sébacée, la question serait déjà douteuse, mais il s'en faut qu'il en soit ainsi. Les formes les plus communes de l'acné sont des inflammations des glandes elles-mêmes, où la nature de la matière sécrétée est dépourvue de signification. Qu'elles produisent du mucus ou un *smegma*, les glandes, en tant qu'organes à structure définie, peuvent subir des lésions similaires, toutes les fois que leurs éléments constituants sont affectés et que ces éléments ont une identité anatomique : or, j'ai montré à quel point les glandes mucipares et les glandes sébacées rentraient dans la même description.

II. Les médecins qui ont traité des maladies de la peau ont limité outre mesure le sujet de leurs études ; il semble qu'au lieu d'en agrandir le champ, ils aient voulu le restreindre au profit des détails et au détriment de la pathologie. Il en est résulté que les espèces dermatologiques, classées à la façon des végétaux, sont devenues comme autant d'affections parasitaires ayant leur vie propre, leurs caractères absolus et jusqu'à leur habitat. C'est ainsi que l'acné a été étudiée spécialement dans certaines régions, et que son siége est presque devenu un moyen de diagnostic. En définissant l'affection par l'organe glanduleux où elle se développe, on n'a pas examiné les glandes du même ordre dans tous les points de

la périphérie, pour voir jusqu'à quel degré elles pouvaient être altérées. On ne s'est pas davantage demandé, lorsque l'on constatait une phlegmasie purulente de ces glandes, comment elle se développait et à quel élément anatomique il convenait de rattacher les lésions. Qu'on relise les meilleures descriptions de l'acné, et il y en a d'autant plus d'excellentes qu'en général elles se répètent, et on verra combien peu il a été donné à l'anatomie pathologique vraie, qui ne se contente pas de l'aspect extérieur des parties.

Les glandes sébacées du prépuce, dont personne, que je sache, ne conteste l'existence, qui acquièrent un volume supérieur à celui qu'elles ont partout ailleurs, qui sont d'un facile examen, et qui, de plus, sont sujettes à de fréquentes affections, n'ont pas même été mentionnées. L'acné préputiale est cependant une maladie qui eût mérité, au moins au même titre que celle de la face, de figurer dans le cadre nosologique, parce qu'elle fournit matière à de faciles erreurs.

Or c'est en étudiant, ainsi que je l'ai signalé à diverses reprises, les membranes qui font la transition entre les muqueuses proprement dites et la peau, qu'on arrivera à comprendre la pathologie gutturale.

Le prépuce, outre l'herpès, outre l'eczéma, est, à cause des glandes agminées qu'il renferme, un des siéges assez fréquents de l'éruption acneïque; mais, comme il est en même temps le lieu d'élection des premières manifestations syphilitiques, il importe d'assigner des caractères précis à toutes ses affections. L'acné préputiale occupe la rainure du gland, elle atteint une des glandes de Tyson, rarement plusieurs; elle se renouvelle chez le même individu, sous l'influence de toutes les causes d'irritation, et surtout du coït, circonstance qui la rend d'autant plus suspecte. Le malade, comme toujours, ne consulte le médecin qu'après plusieurs jours écoulés. On constate alors l'existence d'une ulcération infundibuliforme plus ou moins profonde, pénétrant dans une base indurée qui a, quoi qu'on en puisse dire, de grandes analogies avec celle du chancre induré primitif, mal soigné ou cautérisé avec exagération. Lorsque, par exception, on assiste

au début, on suit les phases d'évolution que présente l'acné pustuleuse de la face, la même terminaison par une pustule acuminée, la même aréole saillante, rouge, douloureuse ; seulement l'intertrigo, l'humidité des parties, les frottements inévitables, la laxité du tissu cellulaire et la situation déclive de l'organe transforment vite la pustule en une ulcération lente à se cicatriser. Les ganglions inguinaux prennent plus ou moins part à l'inflammation, et je crois rester dans le vrai en disant que le diagnostic, même le mieux motivé, ne laisse pas que d'être atténué par quelques réserves dans l'esprit du médecin.

Cette forme pustuleuse est la seule que j'aie observée sur le prépuce, et je ne la rappelle qu'incidemment. Dans la gorge, les manifestations sont plus variées, et il ne suffirait pas à l'exactitude de la description d'admettre une seule espèce.

III. J'appelle acné de la gorge une maladie constituée par des lésions identiques, quant à leur nature, leurs symptômes et leur évolution, à l'acné cutanée propremen tdite, ayant pour siége les glandes mucipares, comme l'acné a pour siége les glandes sébacées ; caractérisée, sauf les différences physiologiques et les variétés de sécrétion, par des lésions du même ordre dans des appareils glandulaires qui ont une même structure.

Les glandes mucipares ne sont pas également distribuées sur toute la surface de la membrane muqueuse de la gorge, et surtout elles sont loin d'avoir, dans toutes les parties, la même activité ou le même volume. Petites, presque rudimentaires sur le voile du palais, peu développées à la paroi vertébrale du pharynx, elles sont accumulées et de grande dimension dans les amygdales, et surtout dans le segment sous-amygdalien, qui confine à la base de la langue. Il existe là un espace intermédiaire entre la muqueuse de la langue et celle des amygdales, qui participe à la structure des deux organes, et qui est particulièrement riche en glandes agminées. A mesure qu'on s'éloigne de ce point et des amygdales,

les glandes deviennent plus rares, moins considérables et probablement aussi moins actives.

C'est là le foyer de l'acné et il importe d'avoir cette disposition anatomique présente à l'esprit, autrement l'éruption acnéique passerait le plus souvent inaperçue. On n'arrive à voir distinctement cette partie qu'en imprimant à la langue un mouvement en avant en même temps qu'on la déprime avec l'abaisse-langue. Au lieu de conseiller au malade, comme dans la plupart des cas, de reculer la langue de façon à ce que la pointe touche la face interne des incisives inférieures, il faut lui faire tirer la langue au dehors, introduire l'abaisse-langue obliquement de haut en bas et appuyer sur le tiers postérieur, de façon à ménager le tiers antérieur qui se trouverait serré entre les dents et l'instrument. Ce manuel opératoire très-simple n'est d'un difficile usage que chez les sujets qui tolèrent mal l'inspection de la gorge, chez eux on réussira à mettre à découvert le point que j'indique en abaissant successivement chacune des moitiés de la langue, tandis que l'autre moitié remonte librement de l'autre côté. Grâce à cette précaution, il m'a été possible de découvrir des lésions dont je n'eusse pas autrement constaté l'existence. Lorsqu'on aura eu l'occasion d'observer chez des malades des pustules d'acné sur les parties plus aisément accessibles à la vue, il sera d'autant plus utile de compléter ainsi l'examen.

Les formes d'acné gutturale peuvent être divisées en trois espèces ou variétés que je décrirai successivement : 1° acné simple; 2° acné pustuleuse ; 3° acné indurée. Ces dénominations d'une exactitude contestable m'ont paru être encore celles qui répondaient le mieux aux symptômes.

IV. Acné simple. — Elle occupe à peu près exclusivement le segment sous-amygdalien de la membrane muqueuse ; elle se propage à quelques-unes des glandes de l'amygdale, des piliers antérieurs et même du pharynx, mais là n'est pas son foyer principal.

Comme les pustules se développent peu à peu et qu'elles

ne font pas explosion à la manière de l'herpès, on en trouve toujours à des périodes différentes de leur évolution et on peut ainsi s'assurer de leur processus. A la première apparition, petites élevures rouges, papuleuses, qu'on distingue avec peine; plus tard, pustule rarement acuminée, le plus souvent arrondie, remplie de pus ou de matière jaunâtre et recouverte par un épithélium assez résistant pour qu'on ne puisse pas le rompre en passant à la surface un pinceau de ouate; plus tard encore rupture de la pustule, petite ulcération de très-courte durée et qui guérit d'elle-même. La membrane muqueuse environnante est rouge, très-lubrifiée par le mucus qu'elle sécrète en excès, probablement sous l'influence de cette légère irritation.

Les malades n'ont pas conscience de l'acné réduite à ces proportions, et cependant quelques sensations incommodes mettent le médecin sur la voie de la lésion. Lorsque, après avoir constaté le fait, on interroge les malades, ils sont beaucoup plus explicites. Je ne multiplierai pas les exemples, quoiqu'ils ne soient pas rares, je me bornerai à rapporter deux observations qui résumeront les symptômes, mieux que ne pourrait le faire une plus longue description.

C..., domestique, 35 ans, d'une constitution robuste, se plaint de tousser depuis près de huit mois. Les remèdes qu'il a pris et qui ont été tous des calmants n'ont pas amené d'amélioration. La toux est surtout fréquente la nuit, elle est sèche, vibrante et préparée par un chatouillement incommode. L'examen stéthoscopique ne révèle aucune lésion, il n'existe pas de râles, la respiration est ample et normale. Jamais il n'y a eu d'enroûment, le timbre de la voix qui est claire n'a pas changé. La santé générale est parfaite, pas d'amaigrissement, un peu moins d'appétit, la langue un peu sale à la base, nette dans son tiers antérieur.

C... n'a pas eu de maladie cutanée, il porte seulement au front quelques pustules d'acné sans vive réaction, sans aréole inflammatoire et qui se dessèchent d'elles-mêmes.

L'absence de râles bronchiques, l'intégrité des fonctions du

larynx, le chatouillement, le timbre et l'intermittence de la toux devaient faire supposer une affection gutturale. A première vue le pharynx et la gorge sont indemnes, la membrane muqueuse a sa coloration habituelle; le malade n'éprouve pas de gêne dans la déglutition et cependant, en le pressant de questions, il se rappelle avoir de temps en temps un peu de peine à avaler sa salive, mais c'est une incommodité si légère et si fugace qu'il n'aurait pas songé à la mentionner.

En abaissant la langue par le procédé que j'ai indiqué, on aperçoit des deux côtés, mais surtout à gauche, au-dessous de l'amygdale, un nid de pustules acneïques à des phases plus ou moins avancées de leur évolution. Les plus grosses ont à peine le volume d'un grain de chènevis, elles sont d'un blanc jaunâtre; avec une pince effilée faite sur le modèle de celles qu'on emploie pour les préparations histologiques, on crève les plus volumineuses et on en extrait une matière blanchâtre, granuleuse, onctueuse quand on la presse entre les ongles des deux pouces.

La marche de cette petite maladie a été celle de l'acné simple de la face, améliorations, récidives faciles sans relation avec l'état général. Le traitement a été conforme aux données sur lesquelles j'insisterai plus loin.

L'autre malade se présentait dans des conditions de santé beaucoup plus complexes, et l'angine n'était pour lui qu'un incident insignifiant dans l'ensemble de ses souffrances.

C'est un homme jeune aussi, trente-huit ans, habitant le nord de l'Europe et venu à Paris pour suivre un traitement régulier. Sa maladie, dont je ne puis retracer ici la longue observation, rentre dans le cadre des ataxies incomplètes et elle a été sinon provoquée, au moins aggravée notablement par des chagrins violents et prolongés. Le mal a débuté par une paralysie du moteur oculaire commun avec diplopie, strabisme et parésie de la paupière droite. Les accidents oculaires ont guéri : six mois plus tard sont survenues les douleurs caractéristiques des membres inférieurs, les douleurs de constriction au pourtour du tronc, la faiblesse des jambes, l'engourdissement sans anesthésie du membre inférieur

droit. La maladie principale est en voie d'amélioration manifeste et presque rapide. Il m'a paru nécessaire de résumer succinctement ces quelques données plus que concises pour faire connaître le terrain pathologique où s'était développée l'affection locale.

Parmi les symptômes que j'avais à constater, la plupart rentraient dans les habitudes de ces grandes perturbations, deux seulement constituaient une exception et ne me paraissaient pas liés à la maladie du système nerveux. C'était d'une part la toux et de l'autre une répugnance intermittente pour les aliments. La poitrine examinée avec soin fonctionnait parfaitement. La toux était sèche, saccadée, fréquente, revenant par petites quintes ou par accès plus intenses avec un peu de suffocation, comme si le malade avalait de travers, jamais d'expectoration, jamais d'enroûment, la voix naturellement métallique avait même un éclat exagéré. Les quintes de toux avaient lieu au hasard sans périodicité nocturne, elles dataient de trois à quatre mois, n'avaient pas toujours une égale fréquence et semblaient procéder par des recrudescences d'une durée de quelques semaines. La langue était souvent blanche, surtout le matin. L'anorexie ou plutôt le dégoût nauséeux ne répondait pas à l'état de la langue ou à celui de l'estomac exempt de troubles fonctionnels. Elle avait été provoquée par l'administration abusive du chlorhydrate d'ammoniaque à l'intérieur; je sais qu'elle fut heureusement combattue par l'usage du chloroforme à l'intérieur, mais je ne saurais donner de cette sensation de nausée, qui à la longue avait produit l'amaigrissement de l'alimentation insuffisante, une explication plausible. Quant à la toux, j'hésitai longtemps avant de me décider à la considérer comme dépendant d'une affection toute locale.

Le malade très-intelligent, habitué par la chronicité de son malaise, à l'observation de lui-même, déclarait que chaque quinte était annoncée par un chatouillement de toute la gorge. La titillation avait souvent lieu à un faible degré et alors ou il cherchait à se détourner l'attention, ou il réussissait à la modérer par un *hem*, par l'ingestion d'une gorgée d'eau

froide ; si elle était plus vive, il faisait effort pour reculer la quinte sans réussir à la supprimer.

L'inspection attentive de la gorge me permit de reconnaître une acné identique à celle que je viens de décrire, et comme il importait de ne troubler en rien la médication essentielle, comme l'emploi même des topiques inoffensifs eût encouragé les nausées, je me résignai à rester spectateur inactif. J'assistai ainsi à toutes les variations du mal local, et je pus constater directement que la fréquence de la toux était en proportion avec l'abondance de l'éruption et la rougeur de la muqueuse sous-amygdalienne. Une seule fois, il se produisit une pustule dans l'amygdale elle-même, et une autre fois à la partie moyenne du pilier antérieur. La maladie dure depuis trois mois avec des rémissions, mais aucun indice ne me donne à croire qu'elle tende à une guérison spontanée.

Ces deux observations, dont on ne saurait méconnaître l'uniformité, donnent une notion suffisante de la symptomatologie. La réaction est nulle ou insignifiante. L'éruption a un siége de prédilection, elle s'accompagne de peu de gêne locale et n'entraîne jamais de douleurs vives ; elle a pour signes physiologiques un chatouillement ou une sensation particulière que les malades ne réussisent pas à mieux définir, une toux sèche, vibrante, assez semblable à la toux laryngée, mais sans aucun des autres indices d'une laryngite chronique.

J'ai choisi justement ces deux cas, parce que la toux avait une continuité et une intensité qui représentent les degrés extrêmes ; le chatouillement peut exister seul ou avec une toux beaucoup moins fréquente et moins incommode. Il est même probable que la toux et le chatouillement ne sont pas des conséquences indispensables de l'acné ; mais à défaut de ces symptômes et en l'absence d'autres signes subjectifs, l'éruption doit passer inaperçue.

V. Acné pustuleuse. — Tandis que dans l'acné simple on observe à la fois au moins de huit à dix pustules de chaque

côté de l'isthme du gosier, dans l'acné que j'appelle pustuleuse, on rencontre rarement plus de deux à trois glandes sécrétantes affectées en même temps. Les amygdales semblent plus souvent le siége de la lésion que dans la forme précédente; mais, quand on prend la peine d'examiner profondément les parties voisines, on s'aperçoit bien vite que la membrane muqueuse du pourtour est atteinte presque aussi fréquemment.

Les pustules sont notablement plus volumineuses et ont une marche qui les rapproche davantage des phlegmasies limitées. La maladie dure des années avec des rémissions ou des suspensions, et une fois averti on peut aisément, en répétant l'examen, être témoin de l'évolution.

La première manifestation est une sorte de papule assez large, faisant saillie sous le doigt, et dès son apparition contenant une certaine quantité de matière jaunâtre qu'on aperçoit plus ou moins distinctement. La pression n'est pas douloureuse, les mouvements étendus et saccadés de la gorge semblent seuls éveiller un peu de douleur passagère. Dans l'espace de plusieurs jours au moins et quelquefois de plusieurs semaines, la pustule, qui a en moyenne le volume apparent d'un très-petit pois, jaunit de plus en plus. S'il survient une légère souffrance, elle est ressentie au moment où la glande est distendue par l'excès de la sécrétion plutôt qu'au début.

Lorsque deux ou trois pustules se développent du même côté, la réunion de ces petites douleurs devient moins tolérable. La membrane muqueuse est alors congestionnée, et il se forme une auréole inflammatoire autour de chaque foyer, sans fièvre, sans malaise général significatif.

Même réduite à ces proportions, l'acné pustuleuse est, par la continuité de la sensation qu'elle provoque, fatigante ou plutôt agaçante pour les malades qu'elle tient en éveil; mais elle est surtout pénible par les indispositions qui la compliquent. La toux est moins fréquente que dans la forme précédente, mais la déglutition est plus laborieuse. Il survient en outre, pendant les périodes d'acuité, un enroûment passa-

ger, mais peu compatible avec certaines professions. L'expectoration n'est pas augmentée.

L'acné pustuleuse se présente à la gorge comme à la peau dans des conditions assez différentes : ou elle est un incident, ou elle constitue une habitude. Dans le premier cas, la maladie ne vaut pas même d'être mentionnée; dans le second, son incommodité répond à la fréquence des accès, et chez certains individus, elle constitue une affection d'une singulière ténacité. J'ai vu des malades qui, pendant des années, ne passaient pas huit jours sans avoir une ou deux pustules en voie de développement.

Un avocat, âgé de soixante ans, m'a fourni l'exemplaire le plus saillant que j'aie rencontré. Depuis l'âge de trente ans, il avait souffert presque sans interruption et avait dû renoncer à parler en public. L'ensemble de sa santé se rapportait d'ailleurs au type des acneïques invétérés, que l'âge ne délivre jamais et n'améliore même pas. La face était le siége de pustules d'acné à forme tuberculeuse, qui se succédaient également, mais avec une moindre continuité. La répétition des accidents de la gorge avait fini par entretenir une préoccupation hypochondriaque, et par amener cette inquiétude vague et attestée, qui coïncide si souvent avec le tempérament qu'on pourrait appeler acneïque.

Une médication persévérante n'a réussi qu'à éloigner les accès sans amener la guérison.

La matière contenue dans les pustules est d'une épaisseur variable, en général analogue à celle que renferment les pustules d'acné de la face, au moins quant à sa consistance. Si l'évolution de la pustule est rapide, le pus est comme caséeux; si au contraire elle est lente, presque nulle, la sécrétion devient de plus en plus solide à mesure qu'elle séjourne davantage dans la glande. L'expulsion se fait alors comme celle d'un corps étranger par une inflammation éliminatrice qui dure un ou deux jours, et détache la matière concrète.

Les calculs [illegible]eux, qui se forment dans la gorge, se produisent q[illegible]uefois dans une ou plusieurs de ces pustules; mais ils prennent plus habituellement naissance dans le

cryptes des amygdales, où s'accumulent également les noyaux de matière blanchâtre, onctueuse et souvent fétide qu'on a tant d'occasions d'observer. Comme j'y reviendrai en parlant des calculs des amygdales, je me bornerai ici à résumer une observation intéressante rapportée par mon collègue et ami le docteur Guéneau de Mussy. Ce fait, observé sur lui-même par un médecin, avec une rare exactitude, donne une idée vraie de la transformation calculeuse des pustules, et surtout de l'acné pustuleuse chronique.

Le docteur N...., âgé de trente-deux ans, fils d'une mère arthritique, a été lui-même sujet à quelques douleurs articulaires. Vers la fin de l'hiver de 1850-51, il fut pris d'une toux qui lui paraissait provoquée par une irritation de la glotte, et qui disparut sous l'influence de gargarismes. Au mois d'avril 1851, il éprouva une sensation de sécheresse dans le pharynx, accompagnée du besoin de ramener quelque chose au dehors, et il rejeta pour la première fois une concrétion venant de la gorge. Divers événements de santé se succédèrent en distrayant son attention : ce fut d'abord une affection furonculaire généralisée ; plus tard, une angine inflammatoire survenue pendant que le médecin donnait des soins à un enfant affecté d'angine maligne ; une atteinte de choléra, et enfin des symptômes qui firent craindre l'imminence d'une tuberculisation pulmonaire.

Le malade se décida à aller habiter le Midi. Ses forces revinrent, sa santé fut améliorée, mais il continua à expectorer des concrétions. Il évalue à la capacité d'une cuiller à café la quantité qu'il en a rejetée depuis quatre ans. En général il en rend une ou deux tous les dix jours ; il a été quelquefois six semaines sans en voir paraître.

La consistance et le point d'origine des concrétions sont variables. Elles sont tantôt calculeuses, tantôt plus molles, sans odeur, verdâtres, et brunissant à l'air. La plupart viennent des lacunes tonsillaires, au dire du malade, qui n'a pu s'en rendre qu'un compte imparfait ; tantôt des glandules pharyngiennes, au milieu desquelles elles commencent à

faire saillie sous forme d'un point jaunâtre, avant de se détacher. Quand elles sont rejetées au dehors, elles laissent au centre des glandules une dépression qui marque la place qu'elles occupaient. Elles contiennent, outre une certaine proportion de matière organique, du phosphate et du carbonate de chaux.

Au moment de l'examen, M. Guéneau de Mussy constate sur la région inférieure du pharynx une saillie grosse comme un pois avec une tache blanche, qui, suivant le malade, est une concrétion.

Sous l'influence des Eaux bonnes, l'état de la poitrine fut très-amendé ; l'appétit revint, et avec lui l'embonpoint. Il n'est pas dit ce qu'est devenue l'affection du pharynx.

3° *Acné indurée.* — Cette dénomination ne saurait être admise qu'à titre provisoire; mais, quelque défectueux que soit le nom, il servira à distinguer une forme curieuse de la maladie.

Jusqu'ici l'acné était caractérisée par une sécrétion pathologique, et par une phlegmasie passagère de la glande, reconnaissable à la rougeur du pourtour ou à un sentiment de tension douloureuse. Le contenu altéré une fois évacué, il restait une ulcération de très-courte durée en rapport avec la quantité du produit sécrété, et au bout de deux jours au plus, on ne retrouvait, en examinant les amygdales, aucune trace de la lésion.

Dans l'acné que j'appelle indurée, l'inflammation de la glande est d'une autre nature, ou plutôt elle accomplit une évolution plus complète. Il se dépose en effet, dans les parois, un produit plastique reconnaissable, tant que la pustule est intacte, à la résistance cornée qu'on éprouve en passant le doigt sur les granulations purulentes. Lorsque la pustule est évacuée, et l'évacuation se fait par le moyen ordinaire d'une petite phlegmasie, les parois de la glande entr'ouverte restent béantes pendant plusieurs jours. On dirait alors une série de petites grenades déchiquetées, blanches, rugueuses sous le doigt. Les pustules sont d'un égal volume, petites, difficiles à

rompre et de la grosseur d'un grain de semoule. Elles sont plus ou moins disséminées, et occupent, dans les cas de confluence extrême, la presque totalité de la gorge. Il est rare qu'on en trouve moins d'une vingtaine à la fois.

L'éruption a lieu par poussées successives; je ne saurais mieux la comparer, pour sa marche et son aspect, qu'à certaines acnés juvéniles du front. Lorsque la poussée se fait, elle s'accompagne d'une rougeur peu vive, avec sensation de sécheresse, et, le plus habituellement, elle entraîne une certaine raucité de la voix. Les accès se répètent à intervalles rapprochés et la maladie se prolonge pendant une période d'au moins plusieurs mois.

Je n'ai observé cette affection, plus rare que les précédentes, que chez des sujets jeunes, déjà éprouvés par des angines d'un autre ordre et ayant conservé une grande susceptibilité de la gorge.

L'observation suivante représente le type de l'acné indurée la plus intense que j'aie eu l'occasion de traiter.

Mademoiselle X..., dix-huit ans, d'une santé parfaite, sans constitution diathésique appréciable, sauf quelques tendances hystériques, s'aperçoit, en avril 1864, pendant la période des règles, qu'elle chante plus difficilement : la bouche se sèche, la respiration est gênée, pendant le chant, par l'obligation de déglutir la salive à l'aide d'une vive contraction, répétée plusieurs fois; pas de douleur proprement dite à la déglutition.

Au bout de peu de jours, la voix elle-même se voile à la fin des leçons et des exercices vocaux, elle devient sourde ou même rauque, et la raucité persiste pendant plusieurs heures. Le trouble des fonctions laryngées est seul incommode; il y a cependant un peu de malaise indistinct, de la chaleur le soir; la langue est râpeuse, d'un rose jaunâtre. Il survient de la soif, ou tout au moins l'impossibilité de manger, sans boire beaucoup plus que de coutume.

A l'inspection de la gorge : amygdales très-saillantes détachées des piliers, creusées par des excavations qui répondent

à de nombreuses angines éruptives aiguës que la malade a subies dans son enfance et qui ont été, à plusieurs reprises, d'une acuité presque exceptionnelle.

A l'orifice des follicules qui paraissent béants et comme infundibuliformes, on aperçoit une matière blanche qui semble faire saillie. En essayant d'absterger l'arrière-gorge avec un plumasseau de ouate, on n'en détache pas un seul fragment. L'introduction d'un stylet cannelé ne donne pas plus de résultats. Il faut contourner les bords des orifices et énucléer, pour ainsi dire, le produit qu'on n'extrait ainsi que très-imparfaitement; la meilleure partie reste adhérente aux bords libres, et on ne peut l'extirper qu'avec des pinces fines, en l'arrachant avec un certain effort. Peu ou pas de rougeur.

Le surlendemain, l'aspect des amygdales est bizarre : on dirait une masse de petits calculs acuminés et faisant saillie au dehors des orifices glanduleux; en réalité, les points blancs n'ont qu'une consistance comme cartilagineuse et ne s'enlèvent pas. Gargarismes, cautérisation avec la teinture d'iode pure.

Peu à peu, mais dans l'espace de plus d'un mois, les orifices tendent à se refermer. Les saillies sont moins nombreuses et moins visibles, et l'éruption ressemble à l'herpès des amygdales, à sa période de déclin.

Le repos absolu du chant a été exigé et observé. La voix est redevenue normale.

Le 8 juin 1864, à la suite des règles qui sont venues régulièrement, la jeune fille se plaint de nouveau d'anorexie : la langue est salie, la soif est revenue, très-intense pendant les repas et même en dehors des repas.

Comme elle est sujette à des gastralgies, qui se sont d'abord développées sous l'influence d'une chlorose incomplète, la malade croit qu'elle est encore souffrante d'une de ses indispositions habituelles, et, n'éprouvant aucune incommodité dans la gorge, elle ne songe pas à l'examiner.

Le 11, le malaise ayant augmenté, je suis appelé. La bouche est humide, la langue étalée, mais jaunâtre. L'examen de l'arrière-gorge montre une nouvelle éruption identique à la

première, mais cette fois ayant son maximum de confluence sur les piliers postérieurs et s'étendant jusque sur le pharynx qui est en outre granuleux. Très-peu de rougeur.

Le sommeil est troublé. Un peu de fièvre le soir. Purgatif. Retour aux cautérisations.

Le 14, l'éruption n'a pas varié ; les taches blanchâtres, de la grosseur d'un grain de millet au plus, à bords déchiquetés sur les amygdales, parfaitement pustuleuses sur les piliers, ont exactement les mêmes caractères, et ne se détachent pas plus aisément.

Depuis le matin, et bien que la malade n'ait pas essayé de chanter, la voix est rauque; pas de toux, de la fatigue. Vomitif. Constipation depuis deux jours.

Le 16, l'éruption a disparu.

Le 18, recrudescence : les boutons sont plus nombreux, plus rapprochés, et beaucoup se sont formés sur des points où il n'en existait pas quelques jours auparavant, en particulier sur le pilier antérieur droit. Pas de rougeur, pas de gonflement des amygdales. Langue plus nette. Appétit meilleur.

La crise se termine comme les précédentes; elle est suivie d'autres poussées moins intenses fréquemment renouvelées, et j'ai encore l'occasion, au mois d'octobre 1864, de constater une éruption confluente de plus courte durée. La malade a pris l'habitude d'employer un traitement actif dès qu'elle sent les premiers signes de l'invasion qu'elle constate elle-même par l'examen direct.

Je n'aurais pas décrit cette forme d'acné dépourvue de gravité, si je n'étais convaincu que l'on ne saurait apporter une trop minutieuse attention aux détails, quand il s'agit d'affections non encore étudiées. Il n'est pas d'ailleurs sans intérêt de voir, dans des organes glanduleux, l'inflammation suivre différents processus et se terminer par une exsudation fibroplastique, avec épaississement des parois.

Si les éruptions cutanées fournissent les meilleurs renseignements à l'histoire des angines, il se peut aussi que les

éruptions gutturales rendent quelques services à la dermatologie. C'est à cause de la couleur rosée de la membrane muqueuse, de sa mollesse et de son abondante vascularisation qu'on discerne une lésion moins aisément appréciable à la peau, qu'on constate la coloration nacrée des parois de la pustule, leur induration persistante, leur rupture spontanée.

Tandis que, dans les autres formes d'acné gutturale, l'inflammation de la glande passait presque inaperçue, et que l'investigation se concentrait sur la sécrétion, ici la sécrétion est insignifiante, et la phlegmasie tient la première place. Il en est de même certainement dans un grand nombre d'acnés de la face, et c'est une raison de plus pour justifier l'établissement d'une affection acnéique des glandes de l'arrière-gorge, qui, bien qu'elles ne sécrètent pas de matière sébacée, sont soumises aux mêmes affections que les glandes sébacées proprement dites.

## URTICAIRE GUTTURALE

I. L'urticaire se rapproche par plus d'un côté des fièvres éruptives à forme érythémateuse, et l'on pourrait dire qu'elle établit la transition entre ces fièvres et les érythèmes cutanés qui composent plus particulièrement le domaine de la dermatologie.

L'urticaire fébrile type est celle qui se produit à la suite de l'ingestion de certaines substances, variables selon les individus, mais néanmoins appartenant à une classe de produits assez bien définis. Dans d'autres cas, l'urticaire survient sous l'influence d'une irritation cutanée, également spéciale : il n'est pas plus donné à tous les irritants de la peau qu'à tous les irritants du tube digestif de provoquer l'éruption ortiée. Enfin, l'urticaire peut se déclarer spontanément ou sans que nous soyons en mesure de remonter à sa cause directe. Dans cette dernière condition, nous supposons que le malade était

prédisposé par une diathèse qu'on a rattachée surtout à la constitution rhumatismale. Quelle que soit la valeur de l'explication, il est certain que la prédisposition résulte, pour beaucoup d'individus, du seul fait d'une intoxication préalable. Tel malade rhumatisant ou non, qui n'avait jamais été sujet, pendant de longues années, à des exanthèmes ortiés, voit l'affection se produire sans occasions connues, dès qu'il a été une seule fois atteint d'urticaire à la suite d'une intoxication.

Lorsque l'éruption a débuté par la peau, elle se porte rarement sur les membranes muqueuses de l'arrière-gorge; lorsqu'au contraire elle est déterminée par l'ingestion de substances nuisibles, c'est sur les membranes muqueuses que se manifeste sa première action. J'indiquerai brièvement les particularités que présente chacune des deux formes.

II. On suit aisément l'évolution des accidents en prenant pour exemples les cas où l'urticaire provient des substances ingérées. La première sensation est celle d'une sécheresse brûlante de la gorge, qui devient chaude au toucher, d'un rouge ardent. La déglutition est modérément douloureuse, comme au début des angines catarrhales aiguës. C'est plus tard que les troubles gastriques interviennent; on peut supposer que la phlegmasie s'est propagée de la gorge à l'œsophage et à l'estomac. La preuve en est que chez certains individus très-susceptibles, il suffit de mâcher la chair d'une écrevisse ou d'une crevette qu'on rejette immédiatement, pour éprouver le malaise guttural qui va aboutir à l'urticaire cutanée.

De la gorge la rougeur brûlante s'étend aux parties voisines que les autres angines sont également aptes à envahir. Elle gagne ainsi le nez, les yeux, l'arrière-gorge, descend jusqu'au larynx en déterminant de petites quintes de toux sèche; elle s'étend, par une sorte d'exception apparente que justifie l'acuité de la maladie, à toute la cavité buccale et jusqu'aux lèvres qui sont chaudes et boursouflées. La langue participe à l'urticaire, elle est sèche, rude, et semble au malade s'être épaissie. Il résulte de cette fluxion en masse une

sensation extrêmement pénible, accompagnée d'angoisse et d'oppression. Dans certains cas, la dyspnée est telle qu'elle fait oublier les autres phénomènes.

Au bout de quelques heures, rarement plus tôt, dans l'espèce type que j'indique, les accidents gastriques se produisent et l'éruption cutanée ne vient qu'en dernier lieu. A première vue l'urticaire buccale et pharyngienne diffère à peine de la scarlatine; mais, outre que la succession des symptômes n'autorise pas de doutes, l'urticaire de la membrane muqueuse conserve là, comme à la peau, sa nature spécifique. De même que l'épiderme ne se détache pas à la suite de l'exanthème ortié si violent qu'il soit, de même l'épithélium n'est pas soulevé sur la membrane muqueuse. Aussi ne voit-on jamais ni plaques blanchâtres, ni pseudo-diphthérie. L'exanthème une fois disparu, et il est fugace, n'entraîne aucune affection secondaire.

III. Je me serais abstenu de consacrer cette courte description à l'urticaire gutturale, si je n'y trouvais l'occasion de montrer combien des affections en apparence similaires présentent de profondes différences, lorsqu'au lieu de les envisager à une période de leur développement on en suit l'évolution. Un des pires obstacles qui s'opposent à l'étude des angines, c'est qu'on a espéré constituer les espèces d'après un caractère fixe, alors qu'il fallait, comme dans toute bonne pathologie, les distinguer d'après la somme de leurs caractères mobiles.

On sait combien l'éruption cutanée est incommode, non-seulement par la chaleur mordicante, mais par la démangeaison. Il est intéressant de rechercher par quelles sensations la démangeaison se traduit sur les membranes muqueuses. Tant que l'éruption occupe la bouche et le pharynx, le malade n'éprouve que de la chaleur pénible; lorsqu'elle atteint le larynx, il accuse, et c'est le mot dont il se sert, une démangeaison qui l'engage à tousser volontairement; il se gratte ainsi par un mouvement automatique, le seul dont il dispose. La rougeole produit la même sensation; la scarlatine, bien

qu'elle se porte au moins à un égal degré sur le larynx, ne provoque pas de chatouillement.

Chez les enfants à la mamelle, la dentition est souvent l'occasion d'une ou de plusieurs poussées d'une fluxion bucco-pharyngienne, qui me paraît avoir la plus grande analogie avec l'éruption ortiée. L'irritation qui débute par la gencive se propage à l'arrière-gorge, qui est sèche et rouge, bien qu'elle soit si amplement lubrifiée dans la première enfance. On trouve là l'équivalent de ce qu'on observe à la peau, quand une plaie irritée, une ulcération enflammée deviennent le point de départ de l'urticaire cutanée.

L'érythème, qui succède à la dentition, s'étend dans les mêmes proportions que l'urticaire; il affecte le nez, le larynx, en amenant de la toux et de la raucité de la voix. Comme l'urticaire, il pénètre probablement jusqu'à l'estomac, et, en troublant la première digestion, il cause ou des vomissements ou de la diarrhée : peut-être a-t-il de plus, sans doute à cause des prédispositions qui relèvent de l'âge du sujet, de la tendance à s'étendre par le larynx vers la trachée et les bronches, en donnant lieu à une sécrétion bronchique de même origine que la sécrétion intestinale.

Un certain nombre d'érythèmes *toxiques* de la gorge pourraient être classés sous la même rubrique, non qu'on puisse en affirmer la nature, mais parce que leur évolution est celle de l'urticaire.

IV. Lorsque l'urticaire apparaît d'abord à la peau, elle est ou subaiguë, jamais franchement aiguë et passagère (*urticaria evanida*), ou chronique, avec la ténacité qu'on connaît et qui déjoue les plus hardies médications. Il est rare que l'urticaire cutanée d'emblée, malgré l'imprévu de ses migrations, se porte sur la gorge. J'en ai vu cependant, comme tous les médecins, des exemples, et je dois dire que l'éruption gutturale survenant dans le cours d'une urticaire chronique passe habituellement inaperçue ou méconnue.

Une dame que j'ai soignée, pendant mon séjour en Russie, pour l'urticaire chronique la plus rebelle et la plus intense

que j'aie eu l'occasion d'observer, a appelé elle-même mon attention sur les poussées gutturales auxquelles elle était sujette.

Lorsque l'urticaire envahissait la gorge, ce qui s'est produit sous mes yeux à diverses reprises, la gorge était d'un rouge vif, sèche, avec des plaques larges, mais assez bien limitées. Toutes les sensations pénibles de l'urticaire fébrile se succédaient rapidement, mais la dyspnée et la toux devenaient surtout intolérables. On attribuait ces crises de suffocation à l'état nerveux provoqué par la démangeaison de la peau et par une insomnie de plus d'une année; mais la malade avait discerné les crises nerveuses de celles qui résultaient d'une éruption gutturale.

Chez un autre malade, homme, affecté d'urticaire chronique, j'ai pu voir l'érythème envahir l'isthme du gosier et donner lieu, non plus à de la dyspnée, mais à une salivation passagère. L'éruption gagnait la cavité de la bouche et ne s'étendait pas au larynx. Tandis que la malade dont j'ai mentionné l'histoire avait vingt-cinq ans, l'homme avait passé la quarantaine.

Il va de soi qu'en signalant les quelques indications que j'ai cru devoir rappeler, je n'ai pas à parler du traitement.

## PEMPHIGUS ET PSORIASIS

I. Ces deux maladies ne figurent ici que pour mémoire. Elles s'étendent rarement et toujours secondairement à la membrane muqueuse de l'arrière-gorge, occupant aussi bien toute autre région de la cavité buccale que l'isthme ou le pharynx. Sous ce rapport, elles se présentent dans des conditions analogues à celles des éruptions aphtheuses. Je n'ai donc pas à en retracer l'histoire, et je me serais dispensé de les mentionner si elles n'offraient quelquefois de véritables difficultés de diagnostic.

Le pemphigus aigu (*febris bullosa*), que tant de caractères déjà signalés par Wichmann séparent de la forme chronique, se développe assez souvent sur les membranes muqueuses, mais je ne sache pas qu'il s'y fixe jamais, ou exclusivement, ou même d'une manière prédominante.

Il n'en est pas ainsi du pemphigus chronique. Aucun médecin n'ignore que, quand la bulle extrêmement amincie se rompt peu de temps après son apparition, le pemphigus laisse plus d'un doute sur sa nature. Le jugement est encore plus délicat si la lésion affecte de préférence la membrane muqueuse.

J'ai observé un malade qui peut servir de type, pour lequel j'ai consulté les hommes les plus compétents et qui résume à lui seul presque toute la série des possibles.

M. R..., soixante ans, robuste, sujet à de fréquentes migraines et à des troubles digestifs, va, il y a sept ou huit ans, aux eaux de Kissingen. Il revient, après la cure, complétement guéri des accidents incommodes qu'il éprouvait.

Un an plus tard, il se plaint d'un gingivite localisée, limitée aux dents incisives de la mâchoire inférieure et simulant, à s'y méprendre, la diphthérie gingivale. On essaye inutilement les moyens classiques avec une persévérance que l'insuccès ne décourage pas. Le pronostic est fâcheux, le malade est menacé de la perte des dents qui doivent se déchausser. Cette prévision n'est pas justifiée par l'événement, et la lésion se maintient depuis son début sans variation, mais aussi sans entraîner les conséquences qu'il était raisonnable de prévoir.

Peu de temps après, M. R... accuse une sensation douloureuse sur l'aile du nez. L'épiderme se détache sur un espace de la grandeur d'une pièce de 50 centimes; il s'exfolie sans qu'il ait été possible, à aucune période, de découvrir une bulle remplie de liquide.

Un peu plus tard, la paupière gauche devient le siége du mal. Il s'établit lentement des adhérences entre la paupière inférieure et la conjonctivite oculaire. Le mal qui envahit graduellement, ou plutôt par soubresauts, la cornée, est dési-

gné sous le nom de xérose palpébrale, en tenant plus compte de ses conséquences que de sa nature. Aujourd'hui l'œil gauche est perdu pour la vision.

Presque à la même période le malade, que je ne connaissais pas, vient me consulter pour une angine dont il souffre depuis près d'un mois et qui gêne la déglutition. Je constate, sur le pilier antérieur gauche, une plaque blanche de moins d'un centimètre de diamètre, et sur le pharynx une plaque de même aspect et de même dimension; pas de rougeur vive au pourtour ou au voisinage, plus de gêne que de douleur; les ganglions sont indemnes.

J'avouerai qu'avec les renseignements très-incomplets qui m'étaient fournis, j'hésitai et dus me référer à un plus long examen. Au bout de quelques semaines, les deux plaques avaient disparu sans autre traitement que quelques gargarismes au ratanhia.

Depuis lors, des accidents analogues se sont reproduits à diverses reprises, et il ne s'est pas écoulé moins de quatre ans, à dater des premières manifestations. Le malade n'a jamais eu d'éruption semblable sur les joues ou sur la voûte palatine.

Pendant un des intervalles de repos que lui laissaient les angines, M. R... éprouva une difficulté dans la déglutition qu'il attribuait à un spasme de l'œsophage. S'il avalait, en mangeant, une gorgée de boisson froide, il était pris de suffocation et obligé de quitter la table. Le malaise cédait assez rapidement. Un jour cependant l'angoisse prit de pires proportions; je fus mandé en toute hâte, et, en présence de symptômes si menaçants, je fis appel aux conseils de mon regretté collègue et ami le docteur Follin. Celui-ci pratiqua séance tenante le cathétérisme de l'œsophage et mit fin à ce grave incident. L'opération fut répétée à plusieurs reprises, et, après deux ou trois semaines de traitement, le malade put reprendre ses habitudes de nourriture, non sans des précautions soigneuses qu'il a continuées depuis.

Une nouvelle plaque de pemphigus sec s'est produite sur la paupière inférieure droite, avec des lésions jusqu'ici moins inquiétantes. L'angine reparaît, à de rares intervalles, avec

ses caractères accoutumés. Si, au lieu de tenir compte de l'ensemble des phénomènes morbides, on voulait encore actuellement décider d'emblée la nature de l'éruption angineuse, on serait dans un grand embarras.

J'ajouterai que le malade est indemne de tout antécédent syphilitique, que l'éruption ne s'est, dans aucun temps, propagée au delà du nez, de la bouche, des yeux et des narines, qu'une seule fois j'ai été à même de constater l'existence d'une bulle remplie de sérosité opaline sur le pharynx, et qu'enfin toutes les médications générales ou topiques ont été également impuissantes.

Cette observation, dont je n'avais à retracer, à cause de sa longue durée, que les traits principaux, est, même en la réduisant à ces indications, d'une valeur incontestable, mais elle doit être classée parmi les raretés pathologiques.

Dans des cas plus fréquents, l'éruption bulleuse dispersée sur la surface de la peau se porte incidemment sur la membrane muqueuse. Là encore elle obéit aux lois qui régissent les exanthèmes, et la guérison est plus prompte que celle du pemphigus qui occupe l'enveloppe cutanée.

H. Le psoriasis guttural affecte des processus analogues; comme le pemphigus, il survient exceptionnellement; je l'ai rencontré quelquefois, mais je ne serais pas en mesure d'en rapporter une observation, parce que, dans tous les cas dont j'ai été témoin, il était possible d'attribuer le psoriasis à une infection syphilitique.

# ANGINE ÉRYSIPÉLATEUSE

I. L'érysipèle de l'arrière-gorge est aujourd'hui une affection sinon bien connue, au moins admise par tous les médecins et assez commune pour que tous aient eu l'occasion d'en observer quelques exemples.

L'angine érysipélateuse, plus grave que les angines inflammatoires simples ou que la plupart des angines éruptives, réclame à ce titre une description détaillée : pour qui sait combien de difficultés présente la pathologie de l'érysipèle, il paraîtra excusable que beaucoup de points restent encore obscurs.

L'érysipèle de la gorge qu'on aurait tort de continuer à désigner sous le nom d'érysipèle du pharynx, a plus que des analogies avec la même maladie occupant l'enveloppe cutanée; sa marche et ses complications sont identiques, et, quelque siége qu'elle occupe, la lésion obéit aux mêmes lois.

S'il en est ainsi dans la plupart des cas, il n'en est pas moins vrai que la membrane muqueuse est, par sa constitution anatomique et par ses fonctions physiologiques, un terrain assez différent de la peau pour que l'érysipèle puisse s'y produire avec des attributs particuliers. Aussi, en dehors de l'angine érysipélateuse qui représente seulement une des étapes que l'affection si mobile est appelée à parcourir, convient-il de rechercher s'il n'existerait pas des cas où l'érysipèle de la gorge se montre avec des caractères dont la peau ne nous fournit pas l'équivalent.

Lorsque l'érysipèle s'étend de la face à la gorge, ou qu'au contraire ayant débuté par les membranes muqueuses, il se déverse au dehors, le diagnostic a un double élément de certitude.

Bien que les choses se passent ainsi le plus souvent et que toute indécision soit levée, il est fâcheux d'avoir besoin, pour affirmer la maladie, qu'elle existe sur un autre tissu que celui où on veut suivre surtout son progrès. De plus, en ne reconnaissant comme des érysipèles vrais que ceux qui viennent siéger à la peau, on méconnaît ou on omet les érysipèles qui accomplissent dans l'arrière-gorge leur pleine évolution, sans se propager au delà.

L'érysipèle a non-seulement des formes et des manifestations diverses signalées dans leurs moindres détails par tous les auteurs, mais il varie suivant la constitution de l'individu et encore plus suivant son âge. C'est une remarque faite et facile à faire, que les enfants ne sont pas sujets à ce qu'on appelle érysipèle spontané, au même degré que les adultes et les vieillards. L'érysipèle franc de la face est une rareté jusqu'à la puberté, et l'âge infantile qui répond à la première année de la vie, n'en fournirait encore que des exemples plus exceptionnels.

II. Érysipèle infantile. — Chez l'enfant nouveau-né, en dehors de l'érysipèle ombilical qui n'est pas une forme, mais une espèce distincte, on n'a guère l'occasion d'observer la maladie qu'au pourtour des pustules vaccinales dont elle constitue la plus grave conséquence, mais en l'étudiant là sur place, on constate des particularités importantes à noter.

Ou l'érysipèle devient ambulant; ou au contraire il se fixe sans dépasser les limites d'une auréole rouge, surélevée, qui s'étend à quelques centimètres au pourtour de l'ulcération vaccinale et ne tend pas à se porter plus loin.

Dans la forme ambulante qui ne s'observe qu'aux premiers mois de la vie, l'érysipèle marche avec une lenteur extrême, et on le voit mettre des semaines à envahir les parties du tronc ou des membres qu'il est destiné à occuper successivement, jusqu'à ce qu'il se termine par une décroissance graduelle de l'exanthème ou par un affaiblissement cachectique qui entraîne la mort. Il affecte presque exclusivement la forme érythémateuse, la peau est d'un rouge

plus ou moins éteint ou violacé, veloutée, saillante, et les bords de la rougeur, en apparence plus soulevés que le centre, font une saillie sensible au doigt, l'épiderme n'est pas détaché sous forme de phlyctènes ou de bulles, il n'y a pas de petits abcès sous-jacents; mais la peau est parfois décollée dans une large étendue.

Dans le second mode qui appartient à un âge plus avancé, l'érysipèle localisé ressemble plutôt à une large plaque d'érythème papuleux qui s'éteint successivement du centre à la circonférence.

J'indique ces apparences de l'érysipèle de la *première enfance*, parce que nous aurons à profiter indirectement de ces données; mais je n'ai jamais eu l'occasion d'observer l'érysipèle de la gorge dans les deux premières années de la vie. La gorge est alors dans des conditions analogues à celles du visage, et bien qu'il s'y développe des éruptions aphtheuses et syphilitiques, elles n'ont pas plus pour conséquence une inflammation érysipélateuse, que les gourmes et les croûtes laiteuses de la face ou de la tête.

A partir de la deuxième année l'érysipèle de l'arrière-gorge cesse d'être une anomalie; mais les exemples sont encore rares et la plupart des médecins, n'en soupçonnant pas la possibilité, n'en constatent pas l'existence.

Un seul fait suffira pour donner une notion de l'érysipèle guttural des enfants du *second âge*.

Jacques D..., garçon âgé de six ans, sujet à des épistaxis fréquentes depuis sa première enfance, à des coliques avec diarrhée et un peu de fièvre; rougeole il y a deux mois, d'intensité moyenne, avec une angine très-caractérisée, quelques douleurs d'oreilles, mais sans épistaxis, parfaitement guérie.

Le 9 juin 1864, à la suite d'une promenade un peu longue où il a eu les pieds mouillés, l'enfant rentre, refuse de manger, se plaint de coliques vives et de mal de gorge.

La pression autour du cou n'est pas douloureuse : les ganglions sous-maxillaires gauches sont légèrement tuméfiés mais peu sensibles; les amygdales très-volumineuses et comme pé-

diculées font saillie dans la bouche presque jusqu'à la luette. Rougeur ardente et diffuse, occupant toute la paroi du voile du palais et des amygdales ; le pharynx a sa coloration presque normale, il est granuleux et inégal, comme il arrive si souvent chez les enfants. Soif, l'enfant avale sans grande peine, mais refuse les boissons acides ou le bouillon qui le brûle et le pique. Langue très-sale, rouge à la pointe.

Le ventre est tendu, ballonné. Les coliques cèdent à un léger laxatif. L'enfant, bien qu'il hésite à se plaindre de la gorge parce qu'il a peur de l'inspection, dit lui-même, en l'absence du médecin, qu'il ne souffre que pour avaler.

10 juin, même état, fièvre égale. Enduit de la langue plus épais, la pointe est rouge. Pas d'ardeur de la bouche, gencives et voûte palatine normales, rougeur et chaleur persistantes de l'isthme.

12 juin au soir, enchifrénement, parole nasonnante. L'enfant dit ne pas souffrir du nez, mais il refuse de se moucher.

Dans la nuit du 11 au 12, épistaxis intense et qu'on arrête à l'aide de simples lotions froides.

Le 12 au matin, nouvelle épistaxis très-abondante et qui nécessite un demi-tamponnement. Dans la nuit, nouvelle épistaxis.

Le 13, pâleur, fièvre persistante, les amygdales sont encore très-volumineuses, mais plus rosées. Le pharynx est sec, ardent, recouvert d'un mucus qui ne disparaît pas quand l'enfant vient de boire. Langue sale, bouche sèche. L'enfant avale difficilement et déclare qu'il a faim, mais refuse les aliments.

Le 14, déglutition facile. La fièvre a tombé sans cesser complétement. Toux gutturale, provoquée par les mucosités qui descendent le long du pharynx encore sec et luisant ; pas de râles dans la poitrine.

Toux, surtout dans la nuit ou à la fin du sommeil de jour, quand l'enfant est resté quelques heures sans lubrifier son larynx. Sensation de sécheresse sans soif.

Il n'est pas revenu d'épistaxis. La langue reste encore très-sale, mais n'est plus rouge à la pointe.

Le 16 juin, retour de la fièvre, somnolence, langue plus âpre et presque sèche, pas de ganglions douloureux. La nuit est très-agitée. L'enfant refuse de boire et repousse les aliments bien que les fonctions intestinales soient rétablies. La mère remarque qu'il est devenu inattentif et on s'aperçoit bientôt que ce symptôme très-réel, et qu'elle attribue à un état cérébral, est dû à une surdité de date récente.

En effet, l'enfant interrogé dans ce sens accuse un mal d'oreille dont il ne se plaignait pas spontanément. La douleur va croissant et dure trois jours ; elle disparaît après un léger suintement séro-purulent par l'oreille droite.

En général l'enfant âgé de trois à cinq ou six ans est pris de malaise 24 heures au moins avant de se plaindre de la gorge. Le malaise consiste dans de la fatigue, du dégoût pour les aliments, de l'indigestion facile si l'alimentation n'est pas suspendue assez tôt, et la somnolence qui marque si communément chez les enfants l'invasion de toute maladie qui n'est pas une phlegmasie franche. Le sommeil est agité, la respiration ronflante pendant la nuit; il arrive souvent que l'enfant tousse dès les premiers moments et qu'on est conduit à supposer l'imminence d'un simple rhume.

Dès le lendemain le malade a la langue sale, rougeâtre à la pointe, la bouche pâteuse; la fièvre est assez vive. Il commence à se plaindre de douleurs autour du cou et fréquemment, mais pas toujours, de sensations douloureuses dans quelqu'un des ganglions sous-maxillaires. Il accuse en même temps de la peine à avaler, bien qu'il accepte les boissons émollientes et sucrées. L'examen de la gorge fait voir une rougeur diffuse occupant tout l'isthme mais plutôt les amygdales et les piliers que le pharynx, qui est seulement plus imparfaitement lubrifié. L'abaissement de la langue et de la mâchoire inférieure, à l'aide de la spatule, est plus pénible que la déglutition.

La toux persiste, et lorsqu'on y regarde de près, on s'aperçoit aisément qu'elle est exclusivement laryngée et provoquée par la sécheresse croissante du pharynx que les enfants ne

supportent pas. Les mucosités qui descendent des fosses nasales leur donnent la sensation d'un corps étranger qu'ils cherchent à expulser par de la toux, n'ayant pas à leur service les procédés gymnastiques auxquels recourent les adultes. J'aurai à revenir sur ce fait de détail, que je signale en passant, pour qu'on ne se laisse pas détourner par la toux, de l'examen de l'arrière-bouche.

Les choses durent ainsi plusieurs jours sans que la rougeur s'atténue sensiblement ou que l'état général s'améliore; puis un peu d'amélioration survient ou tout au moins le malade cesse de tousser et avale avec un moindre effort. Les accidents peuvent se terminer ainsi, mais c'est le cas le moins habituel, et si l'inflammation s'éteint sur place il est bien difficile d'affirmer qu'elle était de nature érysipélateuse.

Ordinairement l'érysipèle s'étend soit vers le larynx, soit surtout vers les fosses nasales où il signale sa présence par de la douleur sans sécrétion exagérée et par des épistaxis quelquefois très-abondantes et difficilement arrêtées, à cause de la vive douleur qu'occasionnent les injections ou le tamponnement même partiel. La fièvre, l'état saburral de la langue durent tout le temps que dure la maladie qui n'a fait que se déplacer, mais la gorge a cessé d'être rouge et la déglutition est redevenue libre.

L'érysipèle angineux n'a pas, chez les enfants de cet âge, de propension à dépasser la membrane muqueuse; mais s'il n'entraîne pas de périls directs, il n'est pas absolument dépourvu de tout danger.

D'un côté la propagation de l'inflammation aux fosses nasales, peut avoir et a trop souvent pour conséquence une inflammation aiguë de la trompe et une surdité plus ou moins durable. Ce serait une erreur de rapporter aux seules inflammations chroniques de la gorge les troubles de l'audition qu'on a tant d'occasions d'observer chez les enfants. Les affections éruptives scarlatineuse et surtout morbilleuse sont, malgré la courte durée de l'éruption naso-pharyngée, parmi les causes les plus fréquentes de l'affaiblissement de l'ouïe. L'angine érysipélateuse produit les mêmes accidents, mais

elle passe presque toujours inaperçue parce qu'elle n'a pas eu de traduction à la peau et qu'elle ne laisse pas, comme les phlegmasies chroniques, des traces persistantes de son intervention.

D'un autre côté, les ganglions affectés dans l'enfance ne le sont pas toujours impunément; mais je dois dire que l'érysipèle n'a, sous ce rapport, aucun danger qui lui soit propre, et que les inflammations ganglionnaires sont bien moins à craindre chez les enfants que chez les adolescents.

La marche de l'érysipèle infantile est, comme on a pu en juger par cette description, celle d'une maladie inflammatoire aiguë. J'ai tout lieu de croire que l'érysipèle ne s'engendre pas spontanément dans la gorge; mais je n'ai jamais constaté que chez les adultes, des ulcérations accessibles à la vue donnant naissance à l'inflammation érysipélateuse, et encore était-ce une véritable exception.

III. ÉRYSIPÈLE DES ADOLESCENTS. — A l'époque où s'établit le passage de l'enfance à l'adolescence, l'érysipèle devient une maladie plus fréquente, et se montre avec des attributs particuliers, plus rarement observés chez l'adulte.

Chez les enfants à complexion scrofuleuse, sans scrofule intense et nettement accusée, on sait avec quelle persistance les éruptions affectent les points où les membranes muqueuses confinent à la peau, et on pourrait presque dire que c'est là leur siége d'élection : les angles de la bouche, les bords des paupières, l'orifice du nez, des oreilles et, en outre, tous les endroits où la peau a été transformée par l'intertigo en une sorte de muqueuse artificielle.

Les éruptions nasales, si habituelles et si tenaces, donnent surtout occasion à un érysipèle assez spécial pour qu'on ait pu lui attribuer la dénomination de scrofuleux. Après une série d'irritations ou spontanées, ou surtout provoquées par les enfants qui ne savent pas se défendre d'arracher des croûtes qui les gênent ou de combattre la démangeaison, l'aile du nez devient chaude, à peine plus colorée, mais sensiblement augmentée d'épaisseur. Bientôt on voit poindre sur la lèvre

supérieure une traînée rouge qui gagne plus ou moins vite en étendue. La lèvre supérieure se gonfle et la rougeur descend jusqu'à l'ouverture de la bouche sans la dépasser, elle s'étend tout au plus latéralement et remonte à peine le long des ailes du nez.

La santé générale est atteinte à des degrés très-variables, mais bien rarement est-elle exempte de troubles. Il survient de la fièvre, un embarras gastrique, un peu de céphalalgie et une série de malaises proportionnés à l'intensité de l'état fébrile.

Le tout dure, au maximum, une huitaine ou une dizaine de jours. Bien que la fièvre se soit ordinairement effacée beaucoup plus tôt, la lèvre supérieure reste longtemps œdémateuse, si même elle revient à ses dimensions normales.

Ces poussées érysipélateuses, se limitant d'elles-mêmes, ont pour caractères : d'une part, de ne pas se propager au loin; de l'autre, de se reproduire avec une extrême facilité, tant que l'éruption qui leur a donné naissance n'est pas ou guérie ou améliorée. On peut dire que tout individu chez lequel les érysipèles limités de la lèvre supérieure reparaissent à des intervalles rapprochés, depuis quelques jours jusqu'à quelques semaines, est à la fois sous le coup d'une prédisposition scrofuleuse et d'une ulcération nasale : on peut ajouter que le malade doit être jeune, sinon par son âge, au moins par l'ensemble de sa complexion.

L'érysipèle se développe sur la membrane muqueuse du nez en vertu d'une aptitude spéciale qui ne se retrouve nulle part ailleurs au même degré. Les éruptions scrofuleuses ou scrofuloïdes du bord libre des paupières, qui sont si communes, ne donnent pas plus lieu à un érysipèle que celles du bord externe des lèvres, ou des muqueuses des organes génitaux.

L'érysipèle débutant ainsi au pourtour d'une ulcération nasale, peut cheminer vers la peau, mais il peut suivre la marche inverse, remonter dans les fosses nasales, y accomplir toutes ses phases en dehors de l'examen direct, ou s'étendre au pharynx et à l'arrière-bouche.

L'affection érysipélateuse du nez est plutôt soupçonnée que

constatée; elle a pour signes le gonflement douloureux d'une des fosses nasales, l'enchifrènement, la douleur provoquée par la pression, par l'éternument, par l'action de se moucher, les épistaxis et en même temps l'état général plus ou moins fébrile. Lorsque la lésion gagne le pharynx, elle devient accessible à une investigation plus exacte, et elle est caractérisée par une rougeur à bords indistincts, par l'hypertrophie congestive et passagère des glandules pharyngées, par la sécheresse, l'aspect luisant ou au contraire velouté de la membrane muqueuse de l'isthme sur laquelle elle vient le plus souvent se perdre.

L'érysipèle scrofuleux du pharynx n'est rien moins qu'aisé à reconnaître pour deux raisons, l'une que la membrane muqueuse est visible seulement dans une petite étendue, et qu'elle a des colorations très-variables, même à l'état normal; l'autre, que l'on néglige le plus souvent d'examiner la gorge tant que le malade n'accuse pas une vive souffrance ou une gêne extrême de la déglutition.

Lorsque l'érysipèle, au lieu de suivre le plan postérieur des fosses nasales, descend sur leur face antérieure, ou lorsqu'il les envahit en totalité, il atteint le voile du palais et se révèle par des accidents plus manifestes; mais qu'il ait adopté l'un ou l'autre trajet, il n'en est pas moins possible et fréquent qu'il épuise toute son action sur la membrane muqueuse, sans s'étendre jusqu'à la peau.

L'érysipèle reste ainsi conséquent au caractère que nous lui avons assigné, d'avoir peu de disposition à envahir de grandes surfaces et de se maintenir dans une demi-acuité. Qu'il porte sur la lèvre supérieure ou sur le voile du palais qui termine le canal nasal par son autre extrémité, l'érysipèle dure le même temps et ne détermine pas plus de réaction générale.

On ne saurait croire, si on n'a pas porté son attention sur ce point, combien ces sortes d'érysipèles limités de la gorge sont fréquents chez les jeunes sujets à constitution lymphatique ou scrofuleuse. Bien qu'ils passent inaperçus, ils ne sont pas sans inconvénients par les conséquences qu'ils entraînent relative-

ment à la forme du nez, à la respiration nasale qui joue un certain rôle dans l'aspect de la physionomie, au timbre de la voix et surtout à l'intégrité des fonctions auditives.

De même que tout érysipèle de la face qui se reproduit à des périodes rapprochées est de nature lymphatique, de même toute inflammation de la gorge qui, chez un adolescent, se répète à de courts intervalles est érysipélateuse dans des conditions analogues. La première attaque peut prendre le médecin au dépourvu, la seconde doit le trouver préparé.

Je n'aurais pas insisté sur cette forme si elle n'avait au point de vue du traitement une assez grande importance. Tandis que l'érysipèle infantile proprement dit et franchement inflammatoire ne réclame que la médication antiphlogistique la plus modeste, l'érysipèle scrofuleux appelle une intervention plus active.

La première indication est de détruire le foyer où s'élaboreront les rechutes et qui malheureusement est d'un difficile accès parce que les éruptions ulcéreuses siégent souvent dans une portion des fosses nasales inaccessible à la vue et aux agents topiques appliqués directement. On est forcé de recourir aux injections dans le nez ou aux insufflations pulvérulentes toujours mal acceptées par les enfants et presque toujours mal administrées par les familles. Il importe de ne pas se laisser décourager par les obstacles : la guérison durable est au prix d'une infatigable persévérance. On doit également ne recourir qu'à des remèdes peu irritants, sous peine d'être obligé d'en suspendre l'emploi et d'en annuler ainsi presque toute l'efficacité.

Les solutions de goudron, les décoctions chaudes de plantes astringentes ou toniques, celles de feuilles de noyer, de camomille à haute dose, sont particulièrement utiles. Je leur préfère cependant une décoction beaucoup moins usitée et qui, autrefois fort employée dans les angines, a perdu depuis tout crédit, celle du bois de gayac. La décoction de gayac à doses indéterminées et qui varient de 4 à 15 grammes pour 1 litre d'eau réduit aux trois quarts par l'ébullition, est un

bon topique pour les membranes muqueuses. Je l'ai employée aussi bien sous formes de lavements que sous celles de gargarismes et d'injections nasales, dans les cas d'affections passives où un certain degré de stimulation paraissait nécessaire.

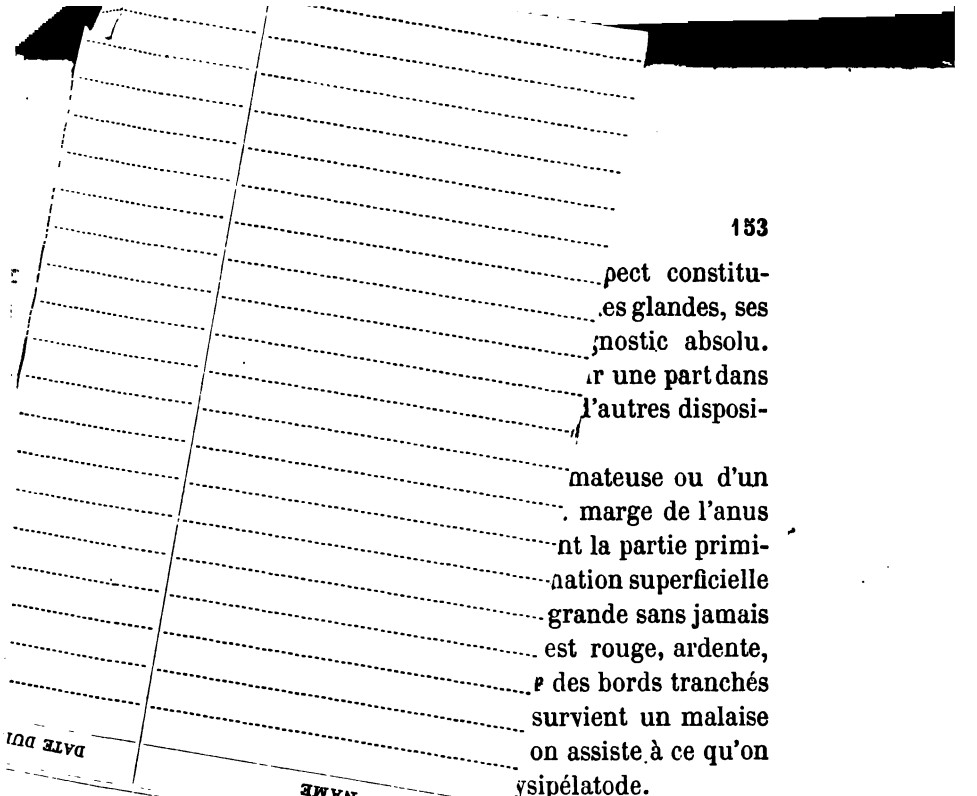
Quel que soit le remède qu'on adopte, il est essentiel d'en régler la température qui doit être graduellement élevée et qui n'a d'autres limites que la tolérance du malade. Il est essentiel, au même titre, d'exiger que l'injection faite par les narines redescende par la bouche, et pour cela il faut que la canule soit introduite très-avant dans le nez, opération facile à la condition qu'on y procède avec la lenteur patiente qu'il convient d'apporter à tous les cathétérismes.

Les insufflations seront pratiquées avec la poudre de bismuth comme excipient, à laquelle on ajoute dans des proportions diverses mais très-minimes, des substances plus ou moins irritantes, sulfate de zinc, calomel, tannin, etc. La prescription doit être formulée en suivant les errements habituels des collyres, c'est-à-dire dans le rapport au maximum d'un centigramme par gramme d'excipient. Je renvoie d'ailleurs pour plus de détails aux formulaires.

Cette médication ne convient qu'après la diminution ou la disparition de la poussée érysipélateuse, et si elle est curative pour la lésion qui a été l'origine de l'érysipèle, elle ne vaut que comme préservatrice pour l'érysipèle lui-même.

IV. Érysipèle des adultes. Il m'a paru inutile de rapporter des exemples des deux formes d'érysipèle dont je viens d'indiquer les principaux caractères chez les enfants et les adolescents. Il n'en est pas de même pour les adultes que la maladie éprouve à un plus haut degré et avec des accidents multiples mal aisés à classer ou même à décrire, en dehors des cas particuliers.

L'angine érysipélateuse de l'adulte se présente par exception sous la forme que j'ai nommée scrofuleuse, bien plutôt pour profiter du type que parce qu'elle est nécessairement liée à la scrofule.



pect constitu-
es glandes, ses
nostic absolu.
r une part dans
l'autres disposi-

mateuse ou d'un
marge de l'anus
nt la partie primi-
nation superficielle
grande sans jamais
est rouge, ardente,
e des bords tranchés
survient un malaise
on assiste à ce qu'on
ysipélatode.
is certaines affections
seulement, au lieu du
1 sont intervenues. Les
pac à fumer où à priser,
ces poussées érysipéla-

gargarisme
les boissons alcooliques

teuses qui donnent une acuité passagère à la première affection et qui peuvent même se déclarer par le seul fait de la disposition constitutionnelle du malade.

Ces complications incidentes n'ont que peu d'importance, mais elles doivent être au moins mentionnées parce qu'elles ont pour conséquence d'engager le système lymphatique et de provoquer souvent des engorgements ganglionnaires qui n'auraient pas eu lieu si elles n'étaient venues s'ajouter à une affection chronique. Qu'on les appelle érysipélateuses ou qu'on leur donne un autre nom, la chose est indifférente si on est renseigné sur leurs signes et sur leurs effets.

L'étude des érysipèles vrais, susceptibles de se propager de la peau à la gorge et réciproquement et de compromettre la vie, ne saurait être réduite à une description si sommaire. J'aurais passé sous silence les formes d'érysipèle indécis que je viens d'indiquer si elles ne se rattachaient par un lien

intime à l'histoire des angines chroniques, et si elles ne fournissaient matière à des erreurs de diagnostic toujours regrettables.

L'érysipèle angineux *franc* n'appartient en réalité qu'à l'âge adulte; il est de beaucoup plus fréquent chez les individus jeunes, de dix-huit à vingt-cinq ans, qu'à un âge plus avancé.

Il faut dire qu'à cette période de la vie les angines sont parmi les affections communes et que la susceptibilité de la gorge va s'éteignant avec l'âge, à un tel degré qu'on en rencontre peu d'exemples chez les vieillards. Cependant, si rare qu'il soit, l'érysipèle guttural est encore, et de beaucoup, la forme de mal de gorge qui s'observe le moins exceptionnellement dans la vieillesse.

La loi est assez rigoureuse pour que toute angine sénile doive préoccuper le médecin et qu'il convienne, dès qu'un malade ayant atteint la soixantaine se plaint d'un mal de gorge aigu non provoqué par des agents toxiques, de croire à l'imminence d'un érysipèle.

L'observation suivante montrera à la fois et la possibilité et la marche, sous sa forme grave, de l'érysipèle sénile de la gorge.

Blangy (Adélaïde), 61 ans, couturière, demeurant rue de Sèvres, 154, est entrée, à l'hôpital Necker, le 28 septembre 1861, pour se faire traiter d'une jaunisse avec fièvre, laquelle a duré trois mois et demi. Depuis, elle a eu des maux d'estomac, des douleurs dans le dos et dans le côté. Elle tousse depuis environ quatre mois.

La malade allait beaucoup mieux et songeait à quitter l'hôpital, lorsque, le 12 janvier, elle se plaignit, en se réveillant, d'avoir mal à la gorge.

Le 20 janvier, même malaise. Toutefois, elle espérait, dit-elle, que ce ne serait rien, et elle négligea de nous en parler.

Mardi 21 janvier. Vers trois heures, la malade est prise d'un violent frisson dans le bas des reins et le long du dos, avec

tremblement considérable et claquement de dents. Le frisson dure deux heures et demie. Au frisson succèdent un stade de chaleur de trois heures, puis une transpiration, qui dure de trois à quatre heures.

En même temps, mal de cœur, vomissement.

Douleurs dans les bras et dans la tête. La malade se plaint toute la nuit.

Mercredi 22. J'examine la gorge et j'y constate une rougeur vive occupant tout le côté gauche. L'amygdale est légèrement gonflée. Il existe un ganglion douloureux à l'angle de la mâchoire. Le diagnostic, porté sans réserves, est *angine érysipélateuse.*

Après la visite, la malade a encore un frisson ; le reste de la journée, elle est assoupie.

Jeudi 23. La malade est oppressée, elle a de la fièvre, la langue est sèche et la rougeur de la gorge encore plus accusée que la veille. Déjà on peut voir une légère rougeur érysipélateuse de la paupière supérieure gauche et du pourtour des ailes du nez. Le ganglion de l'angle de la mâchoire a augmenté de volume, et, de plus, il s'est fait du gonflement au pourtour.

Vendredi 24. L'érysipèle de la gorge est des plus prononcés. La rougeur occupe surtout le côté gauche ; elle est séparée de la partie saine de la muqueuse par une ligne bien nette. La langue est un peu plus humide.

L'érysipèle de la face s'est développé. Les deux paupières sont prises, la gauche, plus que la droite. Le gonflement douloureux occupe toute la partie inférieure du nez, les deux joues, et il est surtout marqué sur les parties latérales du cou, principalement dans la région parotidienne gauche.

Céphalalgie vive. Vomissement. Pouls à 104. Respiration à 32.

Bien que la malade se plaigne de tousser plus que d'habitude, on n'entend rien à l'auscultation de la poitrine et du cœur.

La malade n'a pas été à la selle depuis trois jours.

Samedi 25. Fièvre, angoisse, chaleur modérée de la peau. L'érysipèle a envahi la face et descend à gauche jusqu'au-

dessous de la mâchoire inférieure. Il est bulleux sur le nez. Langue très-sèche. Diarrhée sous l'influence de la limonade avec addition de crème de tartre. Dans la gorge, la rougeur n'occupe plus qu'en partie le côté gauche ; l'épithélium est soulevé dans quelques points. Ganglion sous-maxillaire, douloureux à droite. Céphalalgie. Insomnie. Bouillon, limonade, gargarismes émollients.

Dimanche 26. L'oreille et le derrière de la tête sont envahis. Des phlyctènes nombreuses recouvrent la face dorsale du nez. La fièvre a diminué. L'état général est bon.

Lundi 27. L'érysipèle augmente toujours d'étendue. La rougeur a envahi toute la face, surtout du côté droit, où elle descend un peu au-dessous de la mâchoire inférieure. Les paupières présentent une tuméfaction considérable. La langue est très-sèche. La fièvre n'a pas augmenté.

Mardi 28. L'érysipèle a progressé vers le cou et s'étend à peu près jusqu'au niveau de l'interstice celluleux qui sépare les deux portions du grand pectoral. Il existe un peu de sphacèle de la paupière gauche. Le mal de gorge est moins intense. La fièvre est toujours vive.

Vendredi 31. L'état de la face est le même. La rougeur érysipélateuse descend aujourd'hui sur les parties postérieure et antérieure du tronc, jusqu'au milieu des vertèbres dorsales, latéralement sur les épaules jusqu'au niveau du tiers externe de la clavicule. Le mouvement fébrile est un peu plus prononcé.

Lundi 3 février. La bouffissure de la face et des paupières a considérablement diminué, la rougeur n'est plus aussi ardente, surtout du côté gauche. Langue toujours fuligineuse. Mouvement fébrile assez prononcé. Pas de selles depuis hier.

Mardi 4. L'amélioration continue. La rougeur a presque entièrement disparu sur la face, dont les diverses parties reprennent peu à peu leur aspect normal. Elle existe encore sur le cou et la partie supérieure de la poitrine, mais avec moins d'intensité. La desquamation s'effectue rapidement sur le visage et les parties antéro-latérales de la tête ; elle paraît à peine au niveau du cou. Le mal de gorge n'est plus

aussi violent, la rougeur est moindre et la malade articule avec moins de difficulté. Langue moins sèche. Constipation.

Mardi 5 février. L'amélioration continue. Depuis peu la malade se plaint d'une diarrhée très-forte, sans douleurs abdominales. La fièvre est un peu plus vive. L'état saburral moins prononcé.

Prescription : Julep avec carbonate de chaux.

Du 7 au 10 février. Même état. La desquamation s'est établie sur toutes les parties qu'envahissait l'érysipèle. Il existe toujours un peu de diarrhée; trois selles environ par vingt-quatre heures ; pas de coliques. La langue est un peu plus humide, la gorge a repris son aspect normal.

11 février. La diarrhée est passée ; l'état général satisfaisant. Il est survenu un petit abcès sur la paupière supérieure du côté gauche.

Un peu de fréquence dans le pouls. Céphalalgie frontale au-dessus de la paupière malade.

12, 13, 14. Même état. Pouls normal. A partir de ce moment la convalescence s'est établie, et la malade a quitté l'hôpital parfaitement guérie.

Il est probable que l'érysipèle a débuté ici, non pas à la gorge, où il n'existait aucune lésion, mais dans les fosses nasales, d'où il s'est propagé à la fois vers le voile du palais et vers les paupières. Il ne l'est pas moins qu'au premier jour le diagnostic eût été moins affirmatif chez une malade plus jeune ; l'âge seul permettait d'éliminer, comme incompatibles avec la sénilité, toutes les autres espèces d'angines inflammatoires.

Néanmoins, et je tiens à le redire, l'érysipèle commence rarement par la gorge chez les vieillards, si prédisposés aux affections érysipélateuses de la face. Je n'en ai rencontré qu'un exemple à l'infirmerie de la Salpêtrière, pendant les deux années où j'ai été chargé d'une partie du service médical, et je ne connais pas, dans la science, une seule observation d'érysipèle angineux survenu chez un individu âgé de plus de soixante ans; mais, si rare que puisse être la maladie,

peut-être convient-il de faire une large part à l'indifférence des observateurs.

V. L'histoire de l'érysipèle de l'arrière-gorge est toute dans les faits empruntés à des malades dont l'âge varie de dix-sept à trente ans, et qui sont également prédisposés aux angines les plus variées, à l'exception de la forme croupale.

La maladie, bien que ce soit probablement plutôt l'exception que la règle, peut commencer sur le voile du palais, les piliers ou les amygdales, peut-être même sur la paroi postérieure du pharynx. Le plus souvent on n'assiste pas au début parce qu'on omet de s'assurer, par l'inspection directe, de l'état de la gorge, tant que le malade se plaint d'une simple gêne sans réaction générale. Souvent aussi le malade ou n'appelle pas de médecin aux premiers jours, convaincu de l'insignifiance de son indisposition, ou néglige de nous avertir quand les symptômes initiaux apparaissent pendant le cours d'une maladie en traitement.

Lorsque les circonstances permettent un examen dès la première apparition de la maladie, on constate que l'érysipèle commence, sur les parties visibles de l'arrière-gorge, sous deux formes.

Ou il a pour point de départ une ulcération, de quelque nature qu'elle puisse être, et on voit la rougeur s'étendre, en irradiant, au pourtour du foyer.

Ou, en l'absence de toute lésion ulcéreuse, il éclate sur une portion plus ou moins considérable de l'arrière-gorge, et il est impossible de découvrir une solution de continuité de l'épithélium qui en ait été l'occasion. Dans ce second cas, il est difficile d'affirmer que l'origine de la maladie n'a pas été dans une éruption qui occupait quelque point inaperçu des fosses nasales ou la face postérieure du voile du palais.

VI. Les deux exemples qui suivent, et dans lesquels on avait constaté, avant la complication érysipélateuse, l'existence d'ulcérations, serviront à indiquer le mode d'invasion et de

développement des lésions. Ils sont encore instructifs à d'autres titres.

Dans le premier, il s'agit d'une angine syphilitique, et on sait que les ulcérations syphilitiques de la peau, s'accompagnent rarement d'érysipèle. A la gorge, la syphilis a des caractères particuliers sur lesquels je n'ai pas à revenir après y avoir insisté longuement; qu'il suffise de rappeler incidemment l'acuité plus vive, plus douloureuse, plus inflammatoire des syphilides de l'arrière-gorge.

La seconde a trait à une affection varioleuse qui paraît avoir été l'avant-coureur plutôt que la cause directe de l'angine érysipélateuse. L'éruption variolique, et j'ai eu aussi l'occasion d'en parler, n'affecte l'arrière-gorge qu'à la première phase de la maladie, et les pustules cutanées entrent à peine en suppuration, quand celles de la gorge sont guéries depuis longtemps. Il se peut, néanmoins, que les piliers ou les amygdales, irrités par la pustulation, deviennent le siége d'éruptions secondaires analogues aux furoncles et aux ulcères superficiels qui se produisent, sur la peau, après la terminaison de la variole proprement dite. Il est possible, sans que je sois en mesure de l'affirmer, que les choses se soient passées de la sorte chez la seconde malade.

Désirée M..., lingère, âgée de trente ans, entrée dans mon service, le 9 janvier 1861, à l'hôpital Saint-Antoine.

En 1858, accidents syphilitiques : ulcérations aux parties génitales; puis, boutons suivis d'ulcérations au front et aux jambes. Plus tard, mal de gorge, alopécie. Traitement par l'iodure de potassium, suivi pendant près de treize mois. Pas d'accidents nouveaux et guérison en apparence complète pendant deux ans. Il y a quatre mois, douleurs rhumatoïdes pendant six semaines. A peu près à la même époque, la malade devint enceinte. Depuis six semaines ou deux mois, mal de gorge; depuis quelques jours, céphalée nocturne.

9 janvier. Pas d'éruption cutanée. Anémie, souffle modèle au cou et à la base du cœur. Perte blanche abondante depuis la grossesse. Douleurs de gorge, à exacerbations nocturnes,

vers deux ou trois heures du matin. Ulcération à fond grisâtre, irrégulière, bordée d'un liseré rouge sur l'amygdale droite. — A part le traitement spécifique, gargarisme au chlorure de zinc (1 gr. pour 200 d'eau et 10 d'alcool), bains alcalins.

Le 12, beaucoup de rougeur autour de l'ulcération tonsillaire qui présente quelques points blanchâtres, un peu brillants, très-petits. Une petite ulcération au fond du pharynx. (Applications de teinture d'iode sur les ulcérations.)

Le 15, nouvelle ulcération située sur la luette, un peu à gauche de la ligne médiane.

Le 17, dans la soirée, la malade a un accès de frisson, qui se reproduit le 20, à quatre heures du matin; le jour, elle se plaint de souffrir davantage de la gorge, principalement du côté gauche; on y voit une vive rougeur, sans gonflement appréciable. Pas d'adénite, la fièvre persiste, assez intense pendant toute la journée.

Le 22, érysipèle occupant une partie de la face (nez et portion supérieure des joues), accompagné d'une chaleur et d'une tension insupportables, surtout au nez, qui est semé d'un assez grand nombre de points blancs, formés par des vésicules très-petites, et paraissant siéger principalement autour des glandes sébacées. Le coryza persiste, peau un peu moins chaude. Nausées; anorexie; soif vive. Bouche mauvaise, céphalalgie. (Crème de tartre.)

Le 23, érysipèle de toute la face, gonflement énorme des paupières. Phlyctènes volumineuses aux deux joues. Sur la joue droite, on voit, en outre, de petits points blancs, semblables à ceux qui existaient hier au nez et qui ont disparu. Soif toujours vive, anorexie, céphalalgie. Les autres symptômes fébriles se sont un peu calmés.

Le 24, céphalalgie intense, nausées, vomissements. Le gonflement du nez a un peu diminué. Une grande plaque phlycténoïde s'est formée sur le front, une autre sur la joue droite. L'érysipèle a envahi l'oreille gauche. Constipation; adénite sous-maxillaire. (Lavement purgatif; application de glycérolé de tannin.)

Le 25, pas de changement dans l'état général, pas de selle.

L'érysipèle a envahi le cuir chevelu à droite. (Limonade purgative.)

Le 26, agitation et délire pendant la nuit. A la visite du matin, intelligence nette; langue blanche; chaleur plus vive de la peau, pouls plein, fort. L'érysipèle occupe tout le cuir chevelu et l'oreille gauche; il est plus intense que jamais aux paupières du côté gauche. (Calomel et jalap, sinapismes.)

Pendant deux jours, il n'y eut aucun changement appréciable, l'agitation et le délire reparaissant pendant la nuit pour cesser le matin. Le 28, la malade éprouve quelques douleurs utérines, et le 29 elle avortait.

Dès le lendemain, le délire et l'agitation cessent, la fièvre tombe, l'érysipèle incline vers la résolution, tout en envahissant très-peu du côté de la nuque. Ce fut la dernière poussée; mais il ne s'écoula pas moins d'une quinzaine de jours avant que la malade se trouvât complétement remise de l'épreuve qu'elle venait de traverser et qui eut d'ailleurs pour conséquence la chute de tous les cheveux.

On trouvera, au chapitre consacré à l'angine syphilitique (page 110), une observation analogue à celle qui vient d'être rapportée et qui n'appelle pas plus de commentaires que le fait suivant.

Élisabeth Gaillard, âgée de trente ans, lingère, entre à l'hôpital Saint-Antoine, au deuxième jour d'une variole discrète (19 décembre 1860) qui suit son évolution avec une parfaite régularité. Quelques pustules s'étaient montrées dans l'arrière-gorge, mais la malade n'en était plus incommodée et elle était sans fièvre, lorsque, arrivée à la fin de la période de suppuration, le 28 décembre, elle se plaignit de nouveau du mal de gorge. En même temps, réapparition d'un léger mouvement fébrile. Le 29, anorexie, tuméfaction douloureuse au-dessous de l'oreille droite.

Le 31, un peu de fièvre. Rougeur foncée et gonflement de l'amygdale droite et des deux piliers de ce côté; la moitié gauche de la gorge a sa coloration normale. Tuméfaction très-douloureuse, à aspect phlegmoneux, des ganglions situés

au-dessous de l'oreille droite et œdème du tissu cellulaire ambiant.

Le 1er janvier 1861, un peu de bouffissure, avec coloration rosée autour des deux paupières inférieures. La rougeur de l'arrière-gorge s'est propagée au côté gauche de l'isthme; amygdale gauche gonflée, d'un rouge ardent, moins cependant que la droite, qui n'a pas changé depuis hier. Paroi postérieure du pharynx couverte de mucosités tenaces, blanchâtres. La malade ne souffre pas autant de la gorge et des ganglions autour desquels il y a moins d'engorgement du tissu cellulaire.

Le 2, érysipèle occupant le front, les oreilles, les paupières qui sont assez notablement tuméfiées, la partie supérieure des joues et du nez. Pas de rougeur des conjonctives, ni de coryza. Cuir chevelu libre. Langue blanche, humide.

La muqueuse de l'arrière-gorge a une teinte rosée, un peu mate, un aspect velouté; elle est manifestement tuméfiée et œdémateuse sur les piliers et sur la luette. Gonflement des deux amygdales qui présentent une surface rugueuse, inégale. Le pilier postérieur droit déborde l'amygdale en dedans. Malgré le rétrécissement assez considérable de l'isthme, qui ne permet pas de constater l'état de la muqueuse pharyngée, la déglutition se fait facilement et sans douleur, au dire de la malade. L'érysipèle facial est d'ailleurs également peu douloureux et les ganglions, qui sont encore assez notablement tuméfiés, ne font plus souffrir la malade qui manifeste de l'appétit. Pas de selles depuis quatre jours. (Pastilles de calomel.)

Pendant la nuit, la malade, qui a d'ailleurs l'habitude de causer en dormant, est très-agitée, rêve tout haut, crie, chante.

Le 3, elle n'a conservé aucun souvenir de cet incident et prétend qu'elle n'a pas dormi de la nuit. Bouffissure plus prononcée de la face, et notamment de la paupière supérieure gauche. L'érysipèle a ce caractère particulier que la malade n'en souffre pas, même quand on presse sur les parties affectées. Même état de la gorge et des ganglions. Soif vive. Pouls à 110, respiration à 30. Peau chaude. Anorexie. Langue humide, un peu blanche. Pas de rougeur de la muqueuse

buccale. Tête lourde. La malade est d'ailleurs encore un peu agitée et très-loquace. (Lavement purgatif.)

Quelques nausées dans la journée. Nuit plus calme.

Le 4, soif, nausées sans vomissements, un peu de diarrhée. Peau encore chaude, pouls fréquent. L'érysipèle a diminué ; il y a moins de gonflement de la face.

Le 5, la malade a assez bien dormi. Paupières encore un peu bouffies. L'érysipèle se résout d'ailleurs rapidement, il se fait une desquamation assez abondante. Langue nette. L'arrière-gorge est à peu près revenue à l'état normal : couleur rosée presque naturelle ; la luette semblerait même anémique à cause de l'œdème qui persiste ; l'amygdale et les piliers du côté droit restent sensiblement tuméfiés. Anorexie, soif, encore un peu de diarrhée.

Le 6, apyrexie. Retour de l'appétit. La résolution de l'érysipèle de la face et de la gorge continue à se faire rapidement et elle était complète le 8. Le gonflement ganglionnaire persista encore pendant quelques jours. La malade fut d'ailleurs retenue à l'hôpital jusqu'au 8 février par plusieurs abcès qui se formèrent à l'avant-bras droit.

Je ne crois pas hasarder une hypothèse bien osée, en supposant que, chez la malade dont je viens de résumer l'histoire, l'érysipèle a été une de ces inflammations secondaires qui succèdent si souvent à la variole, qu'elles se produisent sous la forme de phlegmons, de furoncles, ou de phlegmasies de la peau, à évolution incomplète. Les abcès qui se sont formés à l'avant-bras, indiquent assez que le désordre morbide n'était pas épuisé. Par contre, il me paraît douteux, en tenant compte du mode d'éruption de la variole sur la membrane muqueuse de l'arrière-gorge, qu'une pustule tardive et méconnue ait été l'occasion de l'affection érysipélateuse.

VII. Dans la seconde catégorie, celle où l'érysipèle débute par une rougeur inflammatoire, sans altérations visibles et sans éruption antécédente, les faits sont plus nombreux, mais peut-être moins concluants parce qu'ils laissent une incon-

nue. Je suis tellement persuadé que l'érysipèle de la face a, presque toujours sinon toujours, sa raison d'être locale dans une lésion traumatique si minime qu'elle soit, que j'ai peine à croire que l'érysipèle de la gorge fasse exception à la loi.

Je ne veux pas multiplier les observations et je me bornerai à relater deux faits qui peuvent servir de types.

Dans l'un, l'érysipèle commence par une rougeur manifeste d'un des piliers, et on constate sa première apparition. L'angine reste l'élément essentiel de la maladie qui passe à la face, sans qu'il ait été possible, malgré une surveillance attentive, de suivre sa migration. Le nez est à peine affecté. Dans l'autre, au contraire, l'angine et le coryza spécial surviennent à peu près en même temps et suivent un processus parallèle, à ce point qu'on ne saurait dire s'il convient d'appliquer à l'affection la dénomination d'angine ou de coryza érysipélateux. Notons en passant que chez les adultes l'érysipèle des fosses nasales ne provoque plus, comme chez les enfants, les épistaxis dont j'ai signalé la fréquence et la ténacité.

Julien Lanoë, forgeron, âgé de vingt-neuf ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine (salle Saint-Augustin, lit n° 1) pour une pleurésie tuberculeuse du côté droit.

Le 11 mai, dans la journée, il se plaint de mal de gorge. Engorgement et sensibilité des ganglions sous-parotidiens et du tissu cellulaire ambiant des deux côtés. Rien d'apparent dans la gorge.

Le 12, un peu de fièvre. Léger liséré rouge sur le bord du pilier antérieur gauche ; déglutition peu douloureuse. Le gonflement des régions parotidiennes a un peu augmenté.

Le 13, le liséré rouge de la gorge s'est beaucoup étendu, la gêne de la déglutition est plus prononcée, le gonflement de la région parotidienne inférieure plus accusé et plus sensible. Au-dessous des deux pommettes, on remarque un léger œdème, sans rougeur ni douleur. Fièvre modérée.

Le 14, gonflement œdémateux des deux côtés de la face, aux joues principalement. Les régions parotidiennes sont

moins gonflées. L'arrière-gorge est moins rouge, mais elle a, dans une plus grande étendue, un aspect œdémateux et paraît être le siége d'un gonflement superficiel. La luette présente une infiltration œdémateuse manifeste. Sensation de chatouillement et de gêne dans le nez; pas d'épistaxis ni de coryza. Fièvre assez vive; céphalalgie.

Le 15, l'œdème facial a encore augmenté à gauche. Il s'accompagne d'un peu de rougeur et de dureté autour d'une cicatrice qui existe au-dessous de la pommette droite. Le gonflement de la parotide a presque cessé à droite; à gauche, il persiste au même degré. Les ganglions sont toujours tuméfiés et douloureux.

Troubles de la déglutition tout aussi prononcés qu'hier. Le malade se plaint en outre de sentir un corps étranger qui s'arrête sur la base de la langue. La luette est globuleuse, grosse à peu près comme une forte cerise, œdémateuse, d'un aspect gélatineux, d'une coloration rose veloutée. Sur le côté droit de la luette se voient deux points blancs arrondis : ce sont de petites phlyctènes. Tout le reste de l'arrière-gorge présente le même aspect œdémateux rose velouté et un gonflement moins prononcé toutefois que celui de la luette. — Langue blanche, anorexie, fièvre modérée. (Gargarisme boraté.)

Les jours suivants, l'érysipèle conservant toujours son aspect œdémateux, gagna les oreilles et le cuir chevelu, s'accompagnant de délire, d'agitation, de diarrhée. Un abcès se forma à la paupière supérieure gauche et son ouverture fut le signal d'une recrudescence de l'érysipèle, qui n'avait complétement disparu que le 31 mai. L'état de la gorge se modifia avec la même lenteur, et le malade se plaignait encore de souffrir en avalant, alors que l'examen le plus attentif ne révélait plus rien d'anomal dans l'arrière-gorge. Le malade fut assez longtemps à se remettre, et il perdit tous ses cheveux, mais la marche de la tuberculisation ne sembla pas avoir été influencée par cet érysipèle incident.

Joséphine M..., dix-neuf ans, brunisseuse, entre à l'hôpi-

tal Saint-Antoine, le 3 janvier 1861, pour un état chloro-anémique lié à des troubles de la menstruation et qu'on peut attribuer à la fatigue qu'elle éprouve dans l'exercice de sa profession.

Le 6 janvier, on faisait balayer les corridors à cette fille, par un froid très-vif.

Dans la matinée du 7, elle se plaint de malaise. Un frisson assez violent se déclare, bientôt suivi de chaleur.

Le 8, mal de gorge, enchifrènement, sensibilité de la région sous-maxillaire, réaction fébrile extrêmement vive, rougeur foncée et mal délimitée de l'arrière-gorge, déglutition pénible, douloureuse, soif vive, anorexie. Peau brûlante, pouls à 120 environ, à impulsion énergique. (Gargarisme boraté.)

Le 9, on aperçoit une tache blanche sur l'amygdale droite. amygdales un peu tuméfiées. Rougeur et gonflement de l'orifice des narines. Enchifrènement persistant. Gonflement douloureux des ganglions sous-maxillaires. Pas de changement dans les autres symptômes. (Gargarisme boraté. Solution d'extrait de ratanhia pour renifler. Limonade.)

Le 10, érysipèle du nez; tuméfaction modérée, d'un rose pâle; sensibilité assez vive. Fièvre un peu moins intense. Arrière-gorge moins rouge; la pellicule blanche de l'amygdale droite disparaît sous nos yeux dans un mouvement de déglutition. Persistance de l'adénite. (Mêmes prescriptions.)

Le 11, l'érisypèle a envahi la partie supérieure des joues. Persistance de la fièvre. L'arrière-gorge a presque repris sa coloration normale. La déglutition n'est plus douloureuse. Même état général. (Friction d'axonge.)

Le 12, l'érysipèle a marché du côté des joues. Il y a encore de l'enchifrènement, peu de fièvre; plus de traces de la phlegmasie de la gorge.

Le 13, l'érysipèle est devenu bulleux tout autour des narines, surtout à la joue gauche et vers la lèvre supérieure qui est gonflée. Peu de fièvre. Un peu de sensibilité épigastrique. Langue sèche, ce qui tient à ce que la malade ne respire que par la bouche.

Le 14, apyrexie. État stationnaire de l'érysipèle. Les bulles se dessèchent. Pas de médicaments. On continue les frictions d'axonge.

Le 15, l'érysipèle pâlit. Le nez est revenu à peu près à l'état normal. L'orifice des narines reste seulement encore un peu rouge.

Le 17, nouveau mouvement de fièvre. Ventre un peu sensible. Constipation. (15 grammes de crème de tartre soluble.)

Le 18, la fièvre est plus vive; une nouvelle plaque érysipélateuse apparaît sur le côté gauche du front, et, le lendemain, elle envahit l'oreille et une partie du cuir chevelu. En même temps, la diarrhée provoquée par le purgatif, persiste. (Frictions d'axonge.)

Le 20, la diarrhée cesse, moins de fièvre. Quelques nausées. L'érysipèle a encore gagné du côté de la face.

Le 21, l'érysipèle persiste à la face. Cuir chevelu moins sensible. Encore des nausées. Pas de selle. (Calomel, 0 gr. 10.)

A la suite d'évacuations alvines, retour de l'appétit, apyrexie, langue nette. L'érysipèle marche franchement vers la résolution, qui est complète le 27. Il n'y eut pas de véritable convalescence. La malade resta seulement anémique. Elle mourut plus tard d'une péritonite.

VIII. Lorsque, au lieu d'apparaître tout d'abord sur la membrane muqueuse, l'érysipèle commence par la face et de là gagne la gorge, il n'offre aucune particularité qui mérite une mention spéciale.

Les observations les plus nombreuses semblent répondre à des faits de cet ordre, parce que l'attention des médecins avait été suffisamment éveillée, et qu'il s'agissait non plus de découvrir les premiers indices encore incertains de la maladie gutturale, mais de suivre dans son progrès une affection cutanée dont on ne pouvait méconnaître ni la nature ni la gravité. On aurait tort de négliger cette remarque toute pratique, si indifférente qu'elle paraisse. En n'en tenant pas compte, on inclinerait à croire que l'extension de l'érysipèle

de la face à la gorge est de beaucoup le mode le plus habituel, puisque c'est celui qui correspond au plus grand nombre d'observations. Pour ma part, et sans avoir d'autres données que des réminiscences qui ne se chiffrent pas, je croirais au contraire que l'érysipèle a, plus souvent qu'on ne l'admet, son point de départ sur les membranes muqueuses, mais que cette première phase de son développement passe inaperçue.

Plus on étudie les premières manifestations de l'érysipèle de la face, plus on voit que son origine est habituellement au point de réunion des membranes muqueuses et de la peau, quand il ne se développe pas au voisinage d'une ulcération cutanée évidente et facile à constater, pour peu qu'on la cherche. Le plus ordinairement, c'est autour des ailes du nez, des points lacrymaux, de l'orifice externe de l'oreille, qu'il apparaît tout d'abord, et en soumettant à un contrôle rigoureux les cas où le mal semblait s'être propagé de la face aux muqueuses, on arrive à cette conclusion : que le bord de la muqueuse a été son siége primitif et méconnu.

IX. *Symptômes locaux et généraux.* — J'ai longuement insisté sur la marche initiale de l'érysipèle angineux, parce que je tenais à renseigner exactement sur son itinéraire au début. Une fois fixé à la gorge, qu'il s'y soit développé primitivement ou par propagation et qu'il y prolonge plus ou moins son séjour, l'érysipèle affecte toutes les variétés qu'on a tant d'occasions d'observer à la peau. La rougeur est simplement veloutée, tomenteuse, à bords frangés plus ou moins saillants au-dessus de la peau. La sécrétion de la membrane muqueuse est elle-même diversement affectée, et ce n'est pas un des côtés les moins intéressants de l'observation que de voir comment se comportent, sous l'influence d'une même lésion, les éléments divers dont se compose le tissu muqueux.

Tantôt la sécrétion est tarie, les surfaces sont sèches, rugueuses au toucher, et surtout donnent au malade la sensation d'une âpreté sans analogue. Tantôt, au contraire, les follicules enflammés sécrètent un mucus visqueux adhérent et qui devient incommode à la façon d'un corps étranger.

Il faut ajouter qu'au voisinage de l'érysipèle, la muqueuse n'est pas si indemne qu'elle ne participe à quelque degré à la phlegmasie, et ne fournisse sa large part de sécrétion.

Sur le fond uniformément rouge se détachent d'autres fois des plaques blanchâtres, bulles ou phlyctènes, qu'on peut voir gonflées par leur contenu, mais qui, éphémères comme toutes les éruptions des muqueuses, se rompent vite et laissent seulement un épithélium blanchâtre aisément confondu avec les affections couenneuses si variées de l'arrière-gorge. Cette forme correspond exactement à l'érysipèle bulleux ou phlychténoïde de la peau.

L'érysipèle phlegmoneux fréquent à la peau est assez rare à la gorge pour que je n'en aie jamais trouvé d'exemple. Cette exception est difficile à expliquer quand on songe à la multiplicité des angines phlegmoneuses et à la disposition que le tissu cellulaire sous-muqueux paraît avoir, dans les esquinancies, à fournir matière à des collections purulentes, relativement considérables. Je n'ai jamais observé, et je ne sache pas que personne ait observé, plus que moi, des abcès accompagnant l'érysipèle guttural ou même lui succédant.

Par contre, on a vu l'érysipèle déterminer le sphacèle d'une portion de la membrane muqueuse. L'observation suivante, que j'emprunte à l'excellente monographie du docteur Cornil (*Archives générales de médecine*, avril 1862), peut dispenser d'une longue description, parce qu'on y retrouvera la presque totalité des phénomènes constatés dans les autres cas : sphacèle peu étendu, dépôt pultacé masquant les surfaces gangrenées, fétidité médiocrement significative de l'haleine, accidents locaux en somme peu évidents durant la vie ; complication d'un état général septique ou zymotique expliquant la dégénérescence rapide des tissus et les désordres mortels survenus dans la santé générale.

M..., âgé de vingt-deux ans, domestique, habitant Paris depuis quatre mois, entre, le 10 janvier 1862, dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon. Depuis huit jours il avait perdu l'appétit, il se plaignait de cépha-

lalgie, ne pouvait dormir la nuit et était fort agité; il souffrait au cou, dans les reins et dans les membres, de douleurs contusives; enfin il était affecté de diarrhée depuis le début. Il n'y avait pas eu d'épistaxis. A son entrée dans le service, on constata sur le ventre la présence de taches rosées lenticulaires et on diagnostiqua une fièvre typhoïde. Le malade continuait à se plaindre de douleurs à la tête, il toussait et expectorait en assez grande abondance des crachats muqueux, sans présenter de râles à l'auscultation; il se plaignait de sécheresse à la gorge, qui était rouge et luisante.

Les jours suivants, la fièvre typhoïde suivit son cours habituel; il existe du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des râles sibilants et ronflants dans les deux poumons.

Le 19 janvier, au dix-septième jour de la fièvre continue, on constate, à la visite du soir, de l'œdème aux deux paupières de l'œil gauche. Le lendemain, 20 janvier, l'érysipèle, qui avait commencé par les paupières, avait envahi tout le côté gauche de la face, et ses symptômes étaient bien évidents. Il se propagea, le 21, aux fosses nasales : il y eut du coryza, et on nota des plaques blanches sur la muqueuse pituitaire. Le soir de ce même jour, angine violente et dépôt pultacé siégeant sur le voile du palais et les amygdales. Le malade était tombé dans une prostration extrême et avait un délire tranquille. Les ganglions cervicaux étaient tuméfiés.

Le 22, l'état général du malade était le même, il n'avait pas cessé d'avoir de la diarrhée. L'haleine exhalait une odeur fétide rappelant celle de la gangrène.

Mort le 23 dans la journée.

*Autopsie.* — A l'ouverture de l'intestin, ulcérations très étendues et profondes des plaques de Peyer, intéressant la tunique muqueuse et musculaire jusqu'auprès de la tunique péritonéale.

La muqueuse du voile du palais présente des plaques blanches qu'on enlève facilement. Au-dessous d'elles, la muqueuse paraît grisâtre et ramollie; au bord libre du palais, un cercle inflammatoire limite parfaitement ces parties grises *et* les sépare nettement du tissu sain. La luette était ramollie à la

point qu'une légère traction suffit pour la séparer du bord du voile du palais. Il n'y avait pas d'œdème des replis aryténo-épiglottiques, et rien au larynx. Le poumon était congestionné en certains points; les bronches étaient aussi un peu congestionnées, mais sans rien présenter de différent des lésions pulmonaires de la fièvre typhoïde.

La portion subjective des symptômes n'offre pas, dans l'angine érysipélateuse, de caractéristique spéciale. La douleur, à la déglutition, est d'une acuité très-variable, et la gêne pour avaler les liquides, beaucoup au-dessous, en général, de ce qu'on devrait attendre et de ce qu'on observe dans d'autres angines inflammatoires. Le voile du palais se contracte d'une manière insuffisante, et la rétraction est moins rapide et moins complète, quand on titille la luette, que chez la plupart des individus en santé. La sécheresse, l'âpreté, la chaleur n'ont également rien de particulier.

Il faut aussi ne pas oublier que l'état général préoccupe assez les malades pour leur faire négliger des accidents locaux tolérables.

L'engorgement douloureux des ganglions a des rapports si étroits et si souvent constatés avec l'érysipèle facial, qu'on la regardé comme inhérent à la maladie. Depuis les médecins du XVII^e^ siécle jusqu'à nos jours, on signale le gonflement des ganglions sous-maxillaires parmi les accidents prodromiques ou prémonitoires, et il arrive souvent qu'on spécialise la diagnose d'un état général encore indécis, à l'aide de ce seul signe.

L'érysipèle angineux doit présenter et présente en effet, sous le rapport des adénites concomitantes, quelques particularités. L'inflammation ganglionnaire peut devancer le début apparent de la maladie, si les symptômes fébriles généraux ont eux-mêmes précédé la douleur et la rougeur de la gorge. L'adénite peut surtout se produire pendant le décursus de la maladie et acquérir de telles proportions qu'elle constitue une complication importante. On voit alors, non

plus seulement les ganglions isolés participer à la phlegmasie, mais les parotides elles-mêmes s'augmenter de volume et devenir douloureuses à la pression.

En tout cas, l'engorgement ganglionnaire qui appartient à des angines d'espèces si différentes, n'a, dans l'érysipèle, rien de pathognomonique, et ce serait une erreur de croire que parce qu'une angine s'accompagne d'adénite elle est érysipélateuse.

Les symptômes généraux de l'érysipèle des adultes sont de ceux dont la description a été tant de fois reproduite, qu'il serait hors de propos d'entrer dans de longs développements.

C'est exclusivement dans le type spécial ou, pour mieux dire, dans *l'espèce* désignée sous le nom d'érysipèle de la face, qu'on voit survenir l'affection angineuse, soit au début, soit dans le cours de la maladie. L'érysipèle traumatique des membres, lors même qu'il remonte vers la tête, affecte bien rarement la membrane muqueuse de l'arrière-gorge.

L'angine érysipélateuse apparaît, sans prodromes appréciables, chez des individus qui jouissaient jusque-là de la plénitude apparente de leur santé. Dans ce cas, elle participe à la bénignité relative de l'érysipèle de la face, lorsqu'il se déclare sans antécédent pathologique.

D'autres fois, et le fait est peut-être plus fréquent pour l'érysipèle de la gorge que pour tout autre, l'angine intervient comme complication pendant l'évolution d'une autre maladie, d'une fièvre grave, d'une affection diathésique subaiguë. C'est ainsi qu'on l'observe dans le décours et à une période quelconque de la syphilis, de la variole, de la fièvre typhoïde, etc. Son danger est alors proportionné aux troubles plus ou moins profonds de la santé générale.

A l'arrière-gorge comme à la face, les accidents locaux de l'érysipèle semblent avoir d'autant plus d'intensité que les parties affectées avaient été le siége d'une fluxion préalable. L'angine syphilitique prédispose certainement à l'angine érysipélateuse ; de même, quoique plus rarement parce que l'érysipèle y est une complication exceptionnelle, l'angine

spéciale de la fièvre typhoïde (pharyngo-typhus) peut contribuer à la production ou à l'exagération de l'érysipèle guttural.

C'est seulement dans ces conditions particulièrement défavorables, que les lésions de la gorge acquièrent de la gravité, qu'elles donnent lieu à des altérations profondes des parties, à un œdème de mauvaise nature, à un sphacèle limité et qu'elles deviennent un foyer d'infection. Hors de là, l'angine érysipélateuse aiguë représente la localisation la moins inquiétante de la maladie. Tant que la phlegmasie n'a pas dépassé la membrane muqueuse, l'état général est moins gravement modifié que lorsque la peau de la face et du crâne est envahie. Si la gorge a été affectée en premier lieu, la fièvre du début reste d'une intensité réduite; si elle a été atteinte, circonstance moins commune qu'on ne l'admet, après la surface cutanée, il ne survient aucune aggravation dans les symptômes généraux, du fait de l'angine.

On aurait donc tort, en se référant à des vues préconçues sans consulter l'expérience, de voir dans l'érysipèle de l'arrière-gorge une des variétés dangereuses ou de l'angine ou de l'érysipèle. Ces courtes considérations m'ont paru mériter de trouver place ici parce que beaucoup de médecins entretiennent des craintes exagérées relativement à l'érysipèle guttural et que, trompés par l'excès même de leurs appréhensions, ils ne se décident pas à reconnaître la maladie dans une angine caractérisée seulement par de la rougeur plus ou moins ardente et par des phénomènes locaux d'une moyenne acuité.

X. *Diagnostic différentiel.* — Quelle que soit la forme, inflammatoire, gastrique, typhoïde, etc., que l'érysipèle est destiné plus tard à revêtir, l'appareil fébrile débute soudainement et avec une intensité en désaccord avec la bénignité relative des phénomènes locaux de l'angine gutturale. L'individu est malade avant de se plaindre vivement de la gorge, et c'est seulement après un ou deux jours de profond malaise que l'angine a acquis toute son acuité. Mais si peu intense que

le mal de gorge puisse être au début, il a une signification dont on ne saurait trop tenir compte.

Ces invasions solennelles de la fièvre avec du frisson, une courbature universelle, de la céphalalgie et l'ensemble des sensations classiques qui avertissent le malade et le médecin de l'imminence d'une véritable maladie, laissent tant d'incertitudes pour le lendemain et soulèvent tant d'inquiétudes légitimes, qu'on a hâte de préjuger le diagnostic. Or, parmi les maladies qui s'annoncent près par les mêmes phénomènes, il n'en est qu'un tres-petit nombre où le malade, interrogé sur ce point, accuse même un léger mal de gorge. Constater ce seul symptôme, c'est déjà limiter notablement le champ des probabilités.

On peut dire que tout individu qui, dès les deux premiers jours d'une grande poussée fébrile, éprouve une douleur de gorge, ne peut être sous l'influence que d'une angine éruptive ou inflammatoire, commençante.

La scarlatine une fois éliminée par des raisons intrinsèques ou extrinsèques, tantôt douteuses et tantôt décisives, restent seulement trois espèces d'angines entre lesquelles le diagnostic préliminaire peut flotter incertain.

C'est à ce moment qu'il importe, pour établir une opinion ou du moins une présomption fondée, de se représenter exactement l'aspect de l'angine érysipélateuse au début. Là encore les meilleurs caractères sont négatifs, et la question ne peut être résolue qu'en faisant, pour ainsi dire, défiler devant son esprit tous les possibles.

Il n'existe pas d'angine inflammatoire à l'exception, tout au plus, de l'espèce rhumatismale, qui s'impose avec une égale soudaineté et une si violente réaction. Étant donnés, un fièvre intense, subite, du frisson, des nausées ou des vomissements, un malaise extrême et généralisé, avec une rougeur partielle de la gorge, dût la rougeur n'avoir pas des caractères bien précis, on risque peu en affirmant, dès le lendemain de l'invasion, la présence d'un érysipèle guttural. Joignez d'ailleurs, mais à titre secondaire, l'engorgement subinflammatoire des ganglions douloureux et la sensation de sécheresse ét

lement douloureuse que le malade énonce assez confusément.

Dans beaucoup de cas, les angines herpétiques, ou pustuleuses, s'accompagnent d'un mouvement fébrile égal à celui qui marque l'explosion d'une pneumonie ou même encore plus véhément.

Mais les éruptions aiguës de la gorge marchent avec une telle rapidité qu'elles ont à peine des prodromes. L'éruption est visible avant vingt-quatre heures de fièvre, et au second jour, il n'est déjà plus permis d'hésiter sur sa nature, et surtout de mettre en doute son existence. Or, l'érysipèle de la gorge, comme celui de la peau, est toujours, à son début, caractérisé par une simple rougeur sans soulèvement de l'épithélium ou de l'épiderme, sans bulles, sans phlyctènes, sans éruption d'aucun genre.

C'est plus tard, seulement, que ces transformations ont lieu; mais alors le diagnostic repose sur des bases assez certaines pour ne pas laisser de prise à l'hésitation.

Enfin, dans l'angine phlegmoneuse, développée d'abord dans le tissu cellulaire péri-amygdalien ou consécutive à une amygdalite aiguë, la marche des accidents est plus lente, la fièvre s'accroît graduellement et à mesure qu'augmente l'inflammation locale. La réaction n'est vraiment intense que vers le quatrième jour, à l'époque où se forme l'abcès qui termine la maladie. A l'inspection de la gorge, la rougeur est plus diffuse et d'un ton rosé, sans analogie avec la coloration ardente ou vineuse de l'érysipèle guttural.

L'usage de décrire les maladies mobiles et instables, comme des unités fixes, est tellement entré dans les habitudes qu'on accorde à les caractériser par la somme de leurs symptômes, comme si tous se réunissaient nécessairement à la même heure, au lieu de se produire successivement. Il en résulte que dans la pratique le médecin attend, pour se décider, que le tableau soit au complet, et il néglige l'observation des symptômes initiaux. Lorsqu'il s'agit des affections angineuses, cette expectation calculée est pleine d'inconvénients, et c'est

à elle qu'il faut attribuer, pour une partie, l'insuffisance de nos connaissances sur les maux de gorge.

XI. *Marche.* — L'érysipèle guttural une fois reconnu et dénommé, il devient plus facile de suivre son progrès vers la peau qu'il ne l'était d'assister à sa genèse. Le passage de la membrane muqueuse à la peau se fait par les ailes du nez, par les points lacrymaux, très-rarement, quoi qu'on en ait dit, par les lèvres et par l'orifice de la bouche. On a pu voir, par les observations que j'ai rapportées, sous quelles formes diverses et avec quelle variété d'itinéraires s'accomplissent ces migrations. Quelle que soit la route qu'il est destiné à suivre, l'érysipèle reste si peu de temps fixé exclusivement à la gorge, qu'on est bientôt renseigné. L'angine érysipélateuse n'est, en réalité, qu'un des temps de l'érysipèle de la face, comme l'angine scarlatineuse n'est qu'une des étapes de la maladie éruptive. Or, qui ne sait combien la progression de l'érysipèle de la face et de la tête, dans un sens ou dans un autre, échappe au calcul !

Dans des cas exceptionnels, au lieu de se porter seulement dans les directions que je viens d'énumérer et qui sont les plus ordinaires, la maladie peut descendre, par une marche inverse, vers le larynx et même vers les bronches. J'ai observé un exemple de ce genre, où les phénomènes étaient assez prononcés pour qu'on n'eût guère à les mettre en doute; mais je dois dire que le plus souvent, s'il se fait une projection vers le larynx, elle est si fugace, si légère, que l'on doit la regarder comme une complication, plutôt que l'attribuer à la continuité de la maladie.

Hôpital Necker, salle Sainte-Thérèse, n° 13. Ly (Marie), quarante-six ans, était entrée à l'hôpital le 23 décembre, pour une affection cardiaque, et pour des métrorrhagies provoquées par un polype muqueux du col de l'utérus.

Le 11 janvier, dans la matinée, elle prit un refroidissement. Le soir même, elle se plaignait d'un peu de malaise

et de fièvre; le pouls était fréquent, la peau chaude. Appétit nul; courbature générale.

12 janvier. Même état que la veille au soir. On examine la gorge, qui présente une rougeur lie de vin, diffuse, occupant les amygdales, les piliers et le voile du palais; peu de gonflement. — Repos au lit; diète.

13 janvier. La rougeur et le gonflement ont beaucoup augmenté. La luette est d'un rouge framboisé, œdématiée dans toute sa longueur; son volume égale celui du petit doigt; elle est pendante et repose sur la base de la langue. Les piliers et le tiers postérieur du voile du palais sont rouges, et sur un fond de teinte uniforme, on remarque de petits points beaucoup plus foncés formant comme un granit. La voix est nasonnée; le voile du palais ne se contracte plus, même quand on l'excite. Écoulement séro-muqueux par les narines. Malaise extrême; teinte ictérique de la face et des conjonctives; langue saburrale, constipation. Fièvre: peau chaude, pouls fréquent. — Gargarisme émollient; lavement.

14 janvier. Même état de la gorge. La maladie paraît avoir gagné les fosses nasales; il y a de l'enchifrènement, un écoulement séro-muco-purulent par les narines, et un larmoiement continuel, dû sans doute à une obstruction du canal nasal. Hier, il y a eu une épistaxis.

15 janvier. Encore une épistaxis dans la nuit, et une ce matin. Le pharynx conserve sa rougeur. A l'extrémité de la luette est une plaque blanchâtre d'aspect pseudo-membraneux, enveloppant l'extrémité de l'organe auquel elle adhère assez intimement. La fièvre a sensiblement diminué.

17 janvier. La rougeur du pharynx a beaucoup pâli; le gonflement est moindre. La voix a repris son timbre normal. La concrétion de la luette s'est en partie détachée.

18 janvier. Même état de la gorge. — La malade se plaint de tousser un peu; on constate l'existence d'une bronchite légère limitée aux grosses bronches: râles sonores et gros râles muqueux disséminés. Peu de fièvre.

21 janvier. L'angine est guérie; la bronchite entre en ré-

solution ; il n'y a plus de fièvre, mais la malade est très-affaiblie.

23 janvier. La bronchite a cessé complétement et brusquement. Cette nuit est apparu un érysipèle de la tête, qui occupe, d'une part, tout le nez, en empiétant un peu de chaque côté sur les joues ; d'autre part, le cuir chevelu qu'il déborde au niveau du front et des tempes ; là il forme une bande rouge et saillante qui entoure la face ; les limites de la rougeur et du gonflement sont marquées par un bourrelet très-accusé. La malade a eu cette nuit deux vomissements bilieux ; sa langue est sèche au milieu, saburrale sur les bords : constipation. La teinte ictérique est revenue ; la fièvre est assez vive, et l'abattement considérable. — Gomme et limonade ; 2 grammes d'ipéca.

24 janvier. L'érysipèle s'est étendu à toute la face ; mais l'état général est meilleur : la langue est humide, la peau moite, le pouls d'une fréquence modérée.

25 janvier. Le gonflement de la face a beaucoup augmenté ; les paupières ne peuvent plus s'ouvrir. Les joues sont couvertes de nombreuses vésicules. État général satisfaisant.

26 janvier. L'érysipèle est en voie de résolution : l'épiderme commence à se détacher ; il n'y a presque plus de gonflement, et les yeux sont ouverts. La fièvre a cessé, l'appétit revient, la langue est nette.

28 janvier. Guérison ; il reste encore un peu de gonflement.

Au bout de quelques jours, la malade eut une éruption furonculeuse légère.

XII. En résumé, l'angine érysipélateuse, indépendamment des diversités qu'offrent tous les érysipèles dans leur marche ou dans leurs symptômes et qui se prêtent si mal à un classement, peut varier encore et plus expressément, suivant l'âge des sujets.

On est fondé surtout à distinguer deux types :

L'un subaigu, désigné d'ordinaire sous le titre de scrofuleux propre à l'adolescence ;

L'autre aigu, appartenant à l'âge adulte, localisation passagère d'une affection qui ne s'éteint jamais ou presque jamais, sans envahir la face ou même la tête en totalité.

Le premier est caractérisé par la présence d'une phlegmasie passive de la membrane muqueuse, qui s'exacerbe sous l'influence de chaque crise d'érysipèle et qui se propage alors à une portion limitée du visage.

La réaction générale est peu intense, mais, comme toutes les réactions moyennes, elle se diversifie selon les aptitudes de chaque individu et n'a ni signes uniformes ni mesures préétablies.

On voit, pendant ces attaques érysipélateuses, survenir des accidents qu'on hésite à leur attribuer. Chez un malade que j'ai observé pendant des années, pas un accès, et ils se répétaient plusieurs fois par an, n'apparaissait sans avoir été précédé d'une mélancolie stupide qui se prolongeait jusqu'à la cessation des symptômes locaux. On pouvait affirmer d'avance que la mélancolie allait être suivie d'une angine, d'un œdème du nez et de la lèvre supérieure. Chez un autre, des phénomènes gastriques d'une singulière acuité : vomissements bilieux, enduit épais de la langue, dégoût invincible de tout aliment et même de toute boisson alimentaire, existaient dès le premier jour. Chez un troisième enfin, et il serait aisé de multiplier les citations, le pouls se ralentissait, et on constatait de longues et fréquentes intermittences à l'auscultation cardiaque.

L'érysipèle sujet à récidives semble n'être qu'une exagération d'un mal durable, un surcroît, sous forme subaiguë, d'une phlegmasie chronique.

Le second type, mieux étudié, débute soudainement; s'il se reproduit, c'est, de la même façon que l'érysipèle de la face, à de lointains intervalles. Franchement aigu, il ne se borne pas à l'arrière-gorge, ou, s'il s'y fixe, c'est avec des caractères qui autorisent rarement un diagnostic absolu.

Les lésions de la membrane muqueuse sont celles de la

peau, atténuées, réduites d'intensité. La réaction générale est égale, que la maladie débute par la membrane muqueuse ou par la surface cutanée : état inflammatoire avec troubles gastriques.

Mobile au même degré qu'à la face, l'érysipèle guttural occupe, pendant quatre jours au moins et huit jours au plus, la région de l'arrière-gorge.

Il est plus qu'exceptionnel de le voir s'expatier dans la cavité de la bouche, tandis qu'il se propage aux fosses nasales et à tous les canaux qui s'ouvrent sur son trajet. Complication relativement fréquente d'autres maladies qui exercent sur l'économie une action profonde, c'est à ces maladies qu'il emprunte toute sa gravité.

Aussi le traitement doit-il être général, s'appliquer au malade et non pas aux accidents locaux qui ne réclament que les moyens adoucissants usités pour l'érysipèle de la face. Espérer juguler l'érysipèle angineux et prévenir ainsi son extension à la peau est aussi peu justifié que compter sur la réciproque et vouloir empêcher l'érysipèle du visage de se propager à la gorge. Les médications topiques, réputées abortives des érysipèles, sont aujourd'hui suffisamment jugées par l'expérience.

# ANGINE RHUMATISMALE

I. Existe-t-il un groupe de symptômes qu'on doive ranger sous ce nom, à titre d'espèce distincte?

Dire d'une affection qu'elle est rhumatismale c'est, dans le langage de notre temps, en donner une caractéristique singulièrement incomplète. Parmi les maladies à évolution rapide, à lointains déplacements, à forme inflammatoire, il en est peu auxquelles on n'ait pas appliqué la dénomination de rhumatismale ou rhumatique, en faisant de ce mot le synonyme de fluxionnaire.

Si on veut dire, conformément à cette donnée générale, que des angines peuvent se développer sous l'influence d'une fluxion, la chose est surabondamment démontrée, et nous croyons inutile de la discuter à nouveau.

Si au contraire on admet que la fluxion, quel que soit son siége, ne mérite d'être appelée rhumatismale que quand elle présente un certain nombre de caractères en outre de la congestion locale, il importe et de déterminer ces caractères et de rechercher parmi les fluxions de l'arrière-gorge quelles sont celles qui répondent à la définition.

Le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu est et restera toujours le type auquel il convient de se référer : douleur, congestion rapide avec ou sans œdème, occupant l'articulation et surtout les tissus qui l'environnent, mobilité de la lésion qui n'aboutit pas au terme ultime des phlegmasies : la suppuration.

Tant que l'affection envahit les jointures, les phénomènes s'accomplissent sous les yeux de l'observateur qui, sauf l'intensité de la douleur, a la mesure de chacun d'eux. Le mou-

vement de l'articulation est compromis et, la douleur une fois diminuée, la mobilité rendue plus ou moins complétement au membre, l'œdème persiste, s'étend ou s'amoindrit.

Mais dans le cours du rhumatisme, maladie essentiellement habile à se généraliser, il s'en faut que les articulations soient seules atteintes. L'endocarde, le péricarde, la plèvre, les méninges, moins fréquemment et avec une moindre certitude, peuvent être affectés. Dans ces localisations diverses, on ne retrouve qu'avec des restrictions nombreuses les caractères et même la physionomie du rhumatisme. L'endocardite se fixe sous la forme d'une lésion durable, malheureusement immobilisée et progressive; la pleurésie ne se déplace pas et n'a rien, il faut bien en convenir, qui la différencie de l'inflammation de la plèvre avec épanchement, survenue sous l'empire d'autres causes. Quant aux complications cérébrales du rhumatisme, elles sont encore trop indécises pour qu'on puisse les prendre pour exemples lorsqu'il s'agit d'établir des caractères spécifiques.

Dans tous ces cas, nous accordons que l'affection splanchnique est rhumatismale parce qu'elle survient chez un rhumatisant, parce qu'elle rentre dans la catégorie des états inflammatoires, et enfin par une dernière raison à laquelle on a attribué une valeur exagérée, parce qu'elle occupe une membrane séreuse. En dehors de ces conditions dont la première seule est vraiment significative, le rhumatisme extra-articulaire n'a pas de signes qui lui soient propres.

Le rhumatisant n'est pas seulement exposé à ces complications ou pour mieux dire à ces expressions de la maladie. L'observation guidée par des vues théoriques tout au moins ingénieuses, a constaté que la peau est sujette à des éruptions qui coïncident avec les phlegmasies articulaires et qui peuvent ou doivent prendre au même titre le nom de rhumatismales.

Les membranes muqueuses sont-elles mieux préservées que les autres tissus, ou au contraire existe-t-il des plegmasies des muqueuses entretenant un rapport intime avec le rhumatisme articulaire fébrile, et méritant par conséquent d'être rangées parmi les expressions multiples de la maladie?

Si l'idée que j'ai cherché à faire prévaloir est vraie, à savoir que la membrane muqueuse qui tapisse l'arrière-gorge obéit aux lois pathologiques par lesquelles la peau est régie, il est à supposer que le rhumatisme peut se produire sous une forme angineuse.

Les faits sont d'accord avec la supposition et on comprend de quel intérêt il doit être d'étudier cette localisation du rhumatisme aigu.

II. Forme aigue. 1° *Évolution.*—Je n'ai jamais vu, quoique j'aie eu, comme tous les médecins chargés d'un service hospitalier, à traiter un nombre considérable de rhumatismes, je n'ai jamais vu l'angine apparaître dans le cours de la maladie. Elle appartient, toutes les fois qu'elle se montre, à la période prodromique ou mieux à la période d'incubation, et c'est elle qui constitue la première manifestation le plus souvent négligée ou méconnue.

Le malade qui n'éprouve ni douleur ni gêne articulaire, est pris d'un malaise fébrile qui ne dépasse pas en proportion ce qu'on observe dans les autres angines d'une certaine acuité. Dès les premières vingt-quatre heures, le plus souvent au réveil, il se plaint de ce que les mouvements du voile du palais sont douloureux. On constate une rougeur diffuse avec plus ou moins d'œdème de la luette, rougeur qui occupe les piliers et les amygdales. Si le malade a traversé quelques angines d'une autre nature, il distingue lui-même les souffrances actuelles de celles qu'il avait déjà ressenties. La rougeur devient de plus en plus intense sans que la fièvre s'accroisse ; la déglutition est difficile sans être impossible ; l'introduction dans l'arrière-gorge de liquides irritants est très-mal supportée et le malade se refuse à employer les gargarismes astringents que beaucoup de médecins prescrivent indistinctement à tous les angineux ; au contraire les boissons mucilagineuses lui sont agréables et tempèrent la sensation d'âpreté et de sécheresse douloureuse qu'il éprouve.

A l'inspection des parties, la première impression est qu'il s'agit d'un érysipèle moyennement intense, avec cette diffé-

rence qu'une assez longue habitude permet seule de reconnaître, que la rougeur est moins limitée et qu'elle va se perdant par nuances insensibles sur la voûte palatine. L'ensemble des symptômes généraux est plus décisif : la fièvre est d'intensité moyenne; il n'existe ni violent frisson au début, ni nausées, ni troubles gastriques.

Les ganglions sous-maxillaires sont ou non affectés; mais là, comme dans les autres espèces inflammatoires, on aurait tort d'attacher trop de valeur à cette complication. L'âge des sujets, leur constitution influent au moins autant que la nature de la maladie sur la production des adénites.

L'affection s'immobilise ou tend à se propager en se portant sur des points inaccessibles à la vue et en accusant sa présence par des troubles fonctionnels ou par des douleurs; coryza sec, douleurs d'oreilles, etc. Le larynx, dans les faits dont j'ai été témoin, est resté intact.

La langue, sale, un peu sèche le premier jour, se dépouille assez rapidement, au moins à la pointe. Au bout de quatre à huit jours, rarement plus tard, la fièvre s'abaisse, les sensations incommodes se dissipent peu à peu : il reste cette forme de convalescence propre aux angines fébriles et qui n'apporte pas avec elle le bien-être et l'appétit.

Plusieurs jours s'écoulent avant que le rhumatisme articulaire se déclare, et le malade semble en voie de guérison quand il accuse la première apparition d'une douleur articulaire.

Chez une jeune fille de quatorze ans, qui a présenté une des angines les plus caractérisées que j'aie eu l'occasion de soigner, le rhumatisme débuta dix jours après le début de l'angine et trois jours après la guérison apparente.

Une jeune femme de vingt-neuf ans, d'une constitution délicate et sujette à des affections éruptives de l'arrière-gorge, ayant eu, à l'âge de treize ans, un rhumatisme articulaire d'une grande acuité, sans autres rechutes, est prise, le 24 février 1864, d'une angine s'accompagnant d'une fièvre modérée. Je suis appelé près d'elle le 25 et je constate une

rougeur déjà intense de toute l'arrière-gorge, avec augmentation de volume des amygdales qui sont depuis longtemps hypertrophiées. Le lendemain, fièvre plus vive, rougeur plus manifeste, aspect luisant des piliers, qui sont secs, et du voile du palais, qui est douloureux au contact et peu contractile. Le surlendemain, œdème de la luette, douleur de tête persistante mais peu violente, langue sèche, très-rouge à la pointe, ganglions sensibles du côté gauche, légère douleur d'oreille, enchifrènement seulement incommode.

Mon opinion fut que j'assistais au développement d'une angine rhumatismale prodromique : j'attendis, me gardant bien de mentionner devant la famille une hypothèse grosse d'inquiétudes et encore si mal assurée. L'affection locale s'améliora graduellement à partir du 27 février, et le 3 mars la malade était en état de sortir en voiture avec de suffisantes précautions. J'étais convaincu de l'inanité de ma supposition quand, le 10 mars, sept jours pleins après la première sortie, la malade ressentit une légère douleur dans les articulations de l'index et du médius de la main droite. Le soir, le poignet était devenu également douloureux. La nuit, la fièvre se déclara, et le lendemain, 11 mars, il était impossible de méconnaître l'existence d'un rhumatisme articulaire aigu, qui mit plus de trois semaines a accomplir ses phases et qui laissa à sa suite, comme il arrive si souvent, des souffrances errantes, passagères, très-pénibles, pendant plus de deux mois.

Le rhumatisme qui succédait à l'angine fut ici d'une acuité franche pendant la première quinzaine, et tellement caractérisé que l'on eût été autorisé à le prendre comme type de la maladie. Le cœur lui-même fut un moment assez vivement affecté pour causer quelques appréhensions que l'événement ne justifia pas.

L'angine avait une vivacité presque exceptionnelle qui la rapprochait des formes érysipélateuses ; mais on aurait tort de conclure de l'intensité de ces premiers accidents de l'arrière-gorge à la gravité ultérieure du rhumatisme. De même que, dans un grand nombre de cas, les éruptions cutanées les plus accusées précèdent de simples douleurs

rhumatismales qui n'aboutissent pas à une véritable phlegmasie, de même les angines peuvent être en désaccord avec l'évolution des phénomènes dont elles annoncent la prochaine apparition.

Il en est ainsi dans la plupart des maladies où les accidents prodromiques sont loin de fournir la mesure du développement ultérieur de l'affection. Combien de varioloïdes, destinées à s'éteindre à la période de suppuration, débutent avec l'appareil symptomatique le plus inquiétant! Combien de phlegmasies proprement dites semblent épuiser, durant le premier stade, leurs pires manifestations!

L'angine rhumatismale est sujette à de grandes variations, mais ses formes et ses degrés sont mal connus parce que dans la majorité des cas le diagnostic est rétrospectif, et on ne découvre la nature intime de la lésion qu'après avoir été éclairé par l'invasion du rhumatisme articulaire. Il faut alors reconstruire de mémoire une histoire à laquelle manque l'élément essentiel de toute observation, puisqu'on a omis d'observer des lésions qu'on jugeait sans importance.

C'est surtout, et peut-être seulement dans les cas où l'angine a été persistante et s'est accompagnée d'un malaise général assez incommode pour éveiller l'attention du médecin, qu'on note exactement les diverses phases de la maladie.

Un de mes collègues et de mes amis les plus affectionnés donnant depuis quelques jours des soins à un malade atteint d'un érysipèle généralisé et de la forme la plus grave, se sent pris d'une lassitude qu'il explique par l'excès de ses occupations. Le malaise indéfini dure deux ou trois jours jusqu'à ce qu'un soir il prenne des proportions suffisantes pour constituer une maladie.

Le malade se couche avec de la fièvre, une courbature douloureuse, du mal de tête, de la soif et une profonde répugnance pour les aliments. La nuit est agitée, anxieuse, et à peine compte-t-on une heure de sommeil suivi.

Le lendemain matin, à ma première visite, il se plaint des sensations douloureuses qu'il ressent, de la sécheresse et de

l'ardeur de la peau, de la céphalalgie, et c'est seulement à la suite des questions que je lui pose en cherchant à localiser le mal, qu'il accuse de la difficulté dans la déglutition. La langue est sale, étalée, le ventre un peu ballonné, la soif assez vive, les évacuations nulles, les urines rares et fortement colorées.

A l'examen de l'arrière-gorge, je constate une rougeur peu intense, mais la luette est déjà œdémateuse et le pilier antérieur du côté droit est le siége d'un érythème évident. Si peu caractérisées que fussent ces altérations, elles me paraissaient donner une explication plausible de l'état général ; j'inclinais d'autant mieux à rattacher à l'affection locale l'ensemble des accidents que j'y trouvais un juste motif d'éloigner la crainte de plus graves désordres. Il n'est pas un de nous qui ne comprenne, si extra-scientifique que soit cet aveu, que le diagnostic des premières heures est sous la dépendance de ces préoccupations et de bien d'autres.

Cependant la rougeur va s'étendant, elle envahit, et il importe d'insister sur ce point, le voile du palais, la luette et les piliers des deux côtés ; la sensation de sécheresse, de douleur dans la déglutition est plus marquée, la langue ne se modifie pas, l'état général reste le même.

L'usage des purgatifs est indiqué, et leur emploi est toujours favorable au malade, mais les évacuations ainsi obtenues ne sont que d'un soulagement passager, elles appartiennent plutôt à l'hygiène qu'au traitement ; des gargarismes légèrement acidulés sont prescrits, les boissons acidulées sont agréables et avantageuses. L'alimentation est réduite à quelques cuillerées de bouillon ou de lait toutes les deux heures.

Je ne raconte pas jour par jour une observation que je recueillais avec une amicale exactitude et qui perdrait dans ces détails le meilleur de sa physionomie.

Les choses restent ainsi pendant huit jours sans changement appréciable et avec des alternatives indécises de mieux ou local ou général. Après ce laps de temps, la rougeur diminue, les piliers sont moins empâtés, la luette reste volumineuse, les boissons et les aliments passent sans douleur, la

fièvre est moindre sans avoir disparu, et le pouls ne descend pas au-dessous de 80. Le malade dort assez régulièrement, il consent à prendre des aliments liquides plutôt parce qu'il sent la nécessité de la nourriture que parce qu'il en a l'appétit.

Peu à peu les forces se rétablissent incomplétement. Il reste toujours une fatigue incommode, et le séjour hors du lit ne peut pas se prolonger au delà de quelques heures. Une première sortie en voiture et par un temps favorable n'est d'aucun bénéfice. Une seconde sortie avec les plus grandes précautions a lieu dix jours après, et elle occasionne un redoublement de lassitude.

Il s'est écoulé quinze jours depuis le commencement de la fièvre, et on n'a pas encore le droit de déclarer une convalescence significative.

Le seizième jour, la fièvre revient. La rougeur de la gorge a reparu, mais cette fois le pharynx y participe. Il me paraît probable que la phlegmasie a, pendant ce répit apparent, continué sa marche dans des portions inaccessibles à la vue et où elle ne se traduisait plus par les signes qui l'accusaient lorsqu'elle occupait des parties contractiles. Un coryza caractérisé tantôt par une sécrétion exagérée, tantôt par de la sécheresse des fosses nasales apparaît et dure deux jours; il est suivi de larmoiement et de douleurs gravatives ou lancinantes des sinus qui troublent le sommeil, s'exagèrent par intervalles, s'étendent au delà de leur siége primitif, par élancements passagers. La fièvre continue modérément intense, le malaise général n'est pas moindre qu'il n'était au début.

Deux jours plus tard, une vive souffrance se déclare à l'articulation coraco-humérale du côté droit. Elle rend les mouvements de l'épaule très-pénibles et s'augmente par la pression. Le malade a peine à trouver dans son lit une posture où il puisse se maintenir. Bientôt des souffrances du même genre envahissent les articulations des côtés avec le sternum, quelques-uns des articles des doigts et deux articulations des vertèbres cervicales. Les douleurs ont les caractères du rhumatisme bénin, et on ne pourrait mieux les comparer qu'à

ces souffrances qui surviennent si souvent après la guérison encore incomplète du rhumatisme articulaire aigu.

J'ai, tout en l'abrégeant, donné les traits essentiels de cette observation qui motiverait une longue épicrise. L'angine a parcouru ses phases en deux temps distincts, séparés par une amélioration ou plutôt par une suspension des accidents.

Dans la première période, l'angine occupe le voile du palais, la luette, les piliers et les amygdales, c'est-à-dire une région distincte et qui a sa pathologie spéciale. La rougeur est assez ardente, mais mal circonscrite et plus semblable à celle de l'érythème aigu qu'à un érysipèle vrai. Cependant plus d'une raison engageait à admettre une angine érysipélateuse. L'état général de la santé n'avait aucun des caractères ni des phlegmasies franches ni du rhumatisme, il y avait plus de lassitude et d'affaissement que d'excitation, et le malade sentait lui-même, en profitant de son expérience, qu'il n'était pas sous le coup d'une réaction simplement inflammatoire. En outre, il avait été préparé à la maladie par un surcroît de travail, par de la fatigue portée jusqu'au malaise et par son contact fréquent avec un érysipélateux auquel il donnait des soins assidus.

J'incline à croire, comme je l'ai dit, que l'affection ne s'éteignit pas, mais se déplaça lentement pendant la rémission de quelques jours. Les phlegmasies légères de l'arrière-gorge sont d'autant mieux perçues qu'elles atteignent des parties plus mobiles. Combien de fois il arrive, et j'ai eu souvent l'occasion d'y insister, que le malade se plaint d'une gêne de la déglutition, bien que l'examen révèle à peine une irritation légère d'un des piliers ou du bord libre du voile du palais qui confine à la luette. Les contractions musculaires, presque incessantes, qui ont lieu pour avaler la salive, réveillent chaque fois une sensation incommode qui cesse quand l'irritation a passé dans des portions plus fixes. N'en est-il pas ainsi dans l'angine morbilleuse? Aux premiers jours de l'éruption buccale, mouvements douloureux de déglutition très-variables, suivant les cas et les individus; puis, calme absolu jusqu'au moment où les trompes sont envahies et où la dou-

leur prend la vivacité particulière à toutes les irritations des canaux à calibre étroit, qu'ils s'appellent les uretères, les trompes ou le canal hépatique. Or, comment supposer qu'en pareil cas il s'est produit deux affections revenant occuper presque la même place, tandis que la marche du mal s'explique si aisément par la propagation de l'affection inflammatoire?

Quoi qu'il en soit, c'est une autre région qui est atteinte lors de la seconde crise : le pharynx et les parties contiguës et solidaires qui appartiennent à la même sphère anatomique : le nez, les sinus frontaux et maxillaires sont devenus très-douloureux, même à la pression. Il est impossible de méconnaître l'extension progressive et modérément rapide de l'inflammation. Enfin, le rhumatisme que l'événement nous montra dépourvu de toute gravité intervient pour clore la série des accidents. Il ne fait son apparition que quand l'angine naso-pharyngienne est à peu près guérie, et il cède en peu de jours, ou spontanément ou à la suite de l'usage du sulfate de quinine pris à la dose quotidienne de soixante centigrammes seulement.

Les faits que je viens de résumer répondent à deux types.

Dans la première catégorie, l'angine est pour ainsi dire adéquate au rhumatisme, et les deux modes d'expression de la maladie, qu'elle porte sur la gorge ou sur les jointures, ont une intensité presque égale.

Dans la deuxième catégorie, dont j'aurais pu citer d'autres exemples, l'angine est tellement prédominante que le rhumatisme articulaire semble venir comme un appoint qui justifie le diagnostic.

Il existe une troisième classe où, par un rapport tout inverse, une angine insignifiante devance un rhumatisme grave. C'est là certainement le cas le plus commun, et je crois utile de rapporter ici, avec quelques détails, une observation de ce genre.

Degente, 49 ans, entré à l'hôpital Necker le 6 avril 1864.

C'est un homme de forte stature et de constitution robuste: il n'a jamais eu de maladie avant celle qui l'amène à la consultation de l'hôpital. Il se plaint d'une courbature qu'il rapporte à une irritation vive de la gorge à laquelle il n'est pas sujet et qui, depuis plusieurs jours, gêne la déglutition. En examinant la gorge, je constate une rougeur pourprée, prédominante à droite, mais dépassant la ligne médiane. Pas d'éruption coïncidente. La rougeur qui occupe les deux piliers droits remonte en avant, à un centimètre environ du bord libre du voile du palais, sans limites bien accusées; elle n'est ni plus ardente ni plus foncée que dans beaucoup d'angines inflammatoires, mais elle n'est pas diffuse. J'engage le malade à entrer à l'hôpital, bien qu'il ne se sente qu'indisposé.

Le lendemain 7 avril, rougeur plus intense et gonflement de l'isthme du gosier ; hypertrophie considérable de l'amygdale droite, qui dépasse la ligne médiane en repoussant la luette du côté gauche et qui est cernée par les piliers du voile du palais, tous deux gonflés et œdématiés; il n'y a aucune sécrétion sur la muqueuse amygdalienne; le doigt, introduit dans la gorge, ne sent pas de fluctuation. Un peu de douleur dans l'oreille droite; la déglutition reste gênée et douloureuse.

La fièvre est peu intense; la langue est légèrement chargée; les selles sont régulières. — Rien du côté du cœur ni de l'appareil respiratoire.

Le soir, gonflement peu considérable des deux genoux, produit par un épanchement léger dans les deux articulations; pas de rougeur, douleur modérée.

8 avril. L'angine a beaucoup diminué; le gonflement de l'amygdale s'est réduit de moitié; même état des jointures.

9 avril. L'angine diminue de plus en plus, mais le rhumatisme articulaire a gagné en étendue et en intensité : les deux genoux sont gonflés, ils présentent une rougeur diffuse et sont douloureux. Les articulations des cous-de-pied, des coudes et des poignets se sont prises; elles sont rouges, gonflées, douloureuses.

La fièvre reste modérée; constipation. Purgatif salin.

10 avril. L'angine est presque guérie; même état des jointures.

15 avril. La maladie articulaire s'est étendue aux poignets et aux mains, dont presque toutes les articulations sont affectées. La douleur et le gonflement sont peu considérables et la fièvre est presque nulle.

La main gauche est notablement plus gonflée que la droite, ce qu'on peut sans doute attribuer à une chute que le malade a faite quelques jours avant son entrée à l'hôpital; depuis la chute, cette main a toujours été douloureuse.

20 avril. Les jointures sont complétement dégagées; le malade se lève et ne souffre plus dans ses mouvements. Depuis hier, bronchite légère.

26 avril. Même état. La bronchite est restée peu intense pas de fièvre. Cependant, la convalescence n'est pas franche: le malade a peu d'appétit et ne sent pas ses forces revenir.

30 avril. Le malade était resté depuis quelques jours dans un état de malaise, avec un peu de bronchite, quelques douleurs vagues dans les jointures, sans rougeur ni gonflement. Hier, au commencement de l'après-midi, il a été pris tout d'un coup d'une vive douleur suivant le trajet des deux nerfs sciatiques, principalement marquée du côté gauche, et avec points douloureux prédominants à l'échancrure sciatique, dans le creux du jarret, aux malléoles. Cette névralgie, assez intense pour arracher des larmes au malade et empêcher tout mouvement, s'exagère par la pression; celle-ci est également douloureuse, quoique à un beaucoup moindre degré, au niveau des masses musculaires du membre inférieur et au niveau des jointures qui ne présentent ni rougeur ni gonflement. — La fièvre est vive, le pouls fréquent, la peau chaude; la langue légèrement blanche.

1er mai. Les douleurs sciatiques, quoique très-violentes encore, ont un peu diminué. — Les douleurs ont, au contraire, augmenté dans les genoux: pas de rougeur, gonflement assez notable dû à un petit épanchement intra-articulaire.

2 mai. La sciatique a presque disparu, excepté au niveau du jarret; les masses musculaires sont presque indo

lentes; mais le rhumatisme des articulations s'est notablement accru : les genoux, les cous-de-pied, les coudes, les épaules, sont rouges, tuméfiés et douloureux; épanchement dans les deux genoux et les deux coudes.—La fièvre persiste.

Le rhumatisme articulaire, dont il serait inutile de retracer ici toutes les phases, s'est terminé par une lente amélioration, et le malade n'a quitté l'hôpital entièrement guéri qu'après des alternatives d'amendement et de demi-rechutes.

2° *Symptômes.* L'angine rhumatismale, dont j'ai indiqué sommairement les principaux caractères, est celle qui a pour accompagnement obligé un rhumatisme articulaire plus ou moins étendu et dont elle est le prélude. On pourrait dire qu'elle n'a pas d'existence propre, mais comme elle annonce et devance une maladie dont personne ne méconnaît la gravité, comme elle est le plus souvent séparée des accidents rhumatismaux par un intervalle de demi-guérison, il importe de la distinguer des autres formes.

La rougeur de l'arrière-gorge, plus ou moins étendue, le gonflement œdémateux des piliers, de la luette ou du voile du palais se rencontrent également dans diverses espèces que j'ai déjà décrites, mais c'est surtout avec l'angine érysipélateuse qu'elle serait confondue.

La fièvre débute avec l'angine, si même, et c'est le plus ordinaire, elle ne la devance pas. L'accroissement ne se fait pas graduellement, comme dans le simple érythème catarrhal, mais l'invasion est subite, et dès le premier jour, on sent qu'il s'agit non plus d'une indisposition, mais d'une maladie. C'est un fait nouveau, indépendant des habitudes de la santé; si bien que la prédisposition aux angines n'est pas plus un antécédent que les douleurs vagues dont tant de gens bien portants se plaignent, ne constituent une aptitude au rhumatisme articulaire aigu.

S'il existe une période prodromique, elle n'a pas de localisation et n'est caractérisée que par les symptômes généraux.

Une fois déclarée, l'angine reste fébrile, mais l'état général n'a rien qui le différencie de celui qui accompagne les autres affections inflammatoires; aussi, sans insister sur les variations qu'il peut présenter et qu'on prévoit aisément, me bornerai-je à décrire les lésions qui s'accomplissent dans l'arrière-gorge sous les yeux de l'observateur.

Les parties affectées le sont, autant que cette comparaison est possible, comme la peau qui revêt les articulations où siége le rhumatisme vraiment aigu. Rougeur vive dans un point, décroissant graduellement du centre à la circonférence; gonflement œdémateux sous-jacent à la rougeur ou s'étendant au delà; douleur supportable pendant le repos, s'exaspérant par le mouvement ou par la pression.

La rougeur occupe une plus ou moins grande étendue, elle s'efface sous la pression du doigt. J'appelle l'attention sur ce caractère, non point parce que je lui attribue une signification diagnostique absolue qui ne lui appartient pas, mais parce que je ne saurais trop conseiller, dans l'examen de l'arrière-gorge, de joindre les renseignements que fournit le toucher à ceux que donne la vue. C'est par le toucher surtout qu'on arrivera à percevoir l'œdème de la membrane muqueuse et rien n'est plus facile, en promenant le doigt sur le bord des piliers ou du voile du palais, que d'apprécier l'épaisseur de ces parties; on arrive encore à l'aide du toucher et seulement par ce moyen à constater l'état plus ou moins velouté de la membrane muqueuse, le degré de résistance fourni par l'œdème et la température, éléments importants et qu'on discerne avec l'habileté que donne bientôt l'habitude.

La rougeur œdémateuse se déplace sans brusques migrations; elle passe insensiblement d'un côté à l'autre, car il est assez rare qu'elle les envahisse tous deux à la fois. Elle peut s'étendre aux amygdales en s'y propageant, mais ce n'est point par les amygdales qu'elle débute. Ce petit fait est utile à noter parce qu'il suffit dans certains cas à assurer le diagnostic différentiel. Beaucoup d'affections tonsillaires commencent par une rougeur inflammatoire qui est à l'éruption à venir ce qu'est le rash scarlatiniforme à l'éruption variolique et qu

dure quelques vingt-quatre heures, mais alors le maximum d'intensité est tout naturellement sur l'amygdale.

L'inflammation n'a pas davantage, au moins dans les cas assez nombreux que j'ai eu l'occasion d'observer, son point de départ au pharynx, mais elle peut s'y propager dans sa marche successivement envahissante. Le pharynx représente une région pathologique distincte du voile du palais ; aussi quand l'affection atteint la paroi postérieure du pharynx, a-t-elle un nouveau champ où elle tend à se développer. C'est alors qu'on la voit occuper les fosses nasales, gagner les sinus, comme dans un des exemples que j'ai rapportés.

Elle peut enfin s'étendre aux trompes d'Eustache et de là à l'oreille moyenne sans avoir siégé sur le plancher du pharynx. Les douleurs d'oreille sont en général très-vives, mais aussi très-passagères, et elles n'entraînent pas, que je sache, de troubles durables.

L'angine rhumatismale n'est rien moins qu'un rare antécédent du rhumatisme ; plus on s'habitue à l'observer, plus on la constate fréquemment, et, sans me laisser aller à une exagération, je crois pouvoir dire qu'elle existe plus ou moins intense dans la majorité des cas, soit durant les jours qui précèdent l'invasion de la maladie articulaire, soit lors de ses premières manifestations.

Sa fréquence, son apparition hâtive et vraiment prémonitoire donnent à l'angine rhumatismale aiguë une signification incontestable. Débutant à une période où nul autre phénomène ne pourrait faire supposer l'imminence d'un rhumatisme dont elle est le précurseur, elle permet au médecin une prévision à longue échéance. Dire d'un homme qui accuse un mal de gorge à peine douloureux qu'avant peu de semaines il doit s'attendre à un rhumatisme articulaire, c'est, chose rare dans les maladies aiguës, devancer de loin les événements.

C'est, dans des cas plus exceptionnels, mais qu'on ne saurait passer sous silence, assurer le diagnostic de l'affection rhumatismale, souvent douteuse, imparfaitement caractérisée, sujette à de singulières anomalies, surtout lors des premières manifestations. Il serait hors de propos d'entrer ici dans l'é-

tude *casuistique* des accidents initiaux du rhumatisme ou des variétés nombreuses qui viennent compliquer l'histoire de son évolution. Je ne puis cependant me défendre de rapporter un seul fait entre mille, pour montrer l'importance clinique de l'angine rhumatismale.

Un garçon de trente ans, peintre en voitures, entre, il y a deux ans, dans mon service à l'hôpital Necker (Saint-André 30). Robuste, d'une santé habituellement bonne, il a souffert il y a six ans, d'un rhumatisme articulaire aigu, généralisé, et qui n'a pas duré moins de deux mois. Depuis lors il n'a ressenti aucune atteinte de cette affection, bien qu'il travaille dans un atelier bas et humide.

Cette fois il se plaint de mal de gorge et de malaise général qui le forcent à suspendre ses occupations. Les piliers antérieurs et postérieurs, le voile du palais sont d'un rouge assez ardent, donnant sous le doigt la sensation d'un œdème superficiel. Les amygdales participent à peine à la rougeur; pas d'éruption. La déglutition est douloureuse, moins que l'abaissement de la langue pratiqué pendant l'examen de l'arrière-gorge. Langue étalée, un peu blanche, soif, anorexie, fièvre caractérisée par la fréquence du pouls sans chaleur notablement accrue de la peau.

L'angine datait de deux jours, et je n'hésitai pas à la déclarer de nature rhumatismale, en annonçant aux élèves l'invasion probable d'un rhumatisme articulaire.

Les symptômes angineux durent huit jours, presque sans variation, et se dissipent. La fièvre a cessé, mais il n'est pas survenu de douleurs dans les jointures. Le malade, ne se sentant plus que fatigué, reste néanmoins, sur mon conseil, à l'hôpital.

Le 2 mai, quinze jours après son entrée, il se plaint de douleurs vives, survenues pendant la nuit, affectant les membres inférieurs, et principalement les cuisses, descendant dans les mollets et jusqu'à la plante des pieds, s'exagérant sous forme de crises, et plutôt exacerbantes que lancinantes.

Les articulations ne sont le siége ni de douleurs spon-

nées, ni de douleurs provoquées. En revanche, les masses musculaires sont très-douloureuses à la moindre pression, surtout en arrière, le long des nerfs sciatiques, depuis le talon jusqu'à la région lombaire. La flexion de la cuisse réveille de violentes souffrances musculaires. Le membre inférieur droit est plus vivement atteint que le gauche. Quand le malade est debout, il se tient à peine sur les jambes, sa démarche est incertaine; excepté dans les grands mouvements de flexion de la cuisse sur le tronc, il ne souffre guère plus en marchant appuyé sur deux bras, que dans son lit. L'émission des urines est lente et difficile. Constipation combattue par un purgatif. Pouls à 85, peau modérément chaude.

Le 4 mai, les douleurs se sont graduellement augmentées. La faiblesse a fait des progrès, surtout du côté droit, la marche est devenue impossible. Aucune articulation n'est atteinte. Fièvre plus intense. Mon avis, motivé par l'angine prodromique, est qu'il s'agit d'une affection rhumatismale aiguë de la moelle. Huit ventouses scarifiées sont appliquées à la région lombaire, le long du rachis. Le lendemain, soulagement notable.

Le surlendemain, 6 mai, les douleurs musculaires dans la continuité des membres ont disparu. Le genou gauche, les deux poignets, plusieurs articulations des doigts de la main droite sont gonflés, œdémateux, très-douloureux à la pression. Des plaques rougeâtres sont disséminées sur la face dorsale des poignets et contrastent avec la blancheur de l'œdème; des traînées rouges, identiques à celles de l'angioleucite, remontent et vont se perdre à l'avant-bras. La fièvre a redoublé. Le malade est traité, suivant la méthode de Haygarth, par le quinquina à haute dose.

Les coudes sont ensuite envahis par le rhumatisme, et, plus tard (10 mai), l'articulation tibio-tarsienne droite. Nouvelle traînée d'un rouge livide, le long de la veine saphène interne, formant saillie sous le doigt, suivant le trajet des vaisseaux lymphatiques, avec retentissement douloureux dans les ganglions de l'aine. La maladie continua son cours, sans incidents qui méritent d'être notés. A la fin du mois de

mai, le malade guéri quittait l'hôpital pour entrer à l'asile des convalescents.

La paraplégie douloureuse qui précéda l'affection articulaire était de celles dont on peut, sans anamnèse, déterminer la nature; mais l'angine antécédente me fut d'un grand secours et transforma pour moi une probabilité en certitude.

J'ai observé, avec mon excellent ami le Dr Rémond, un cas d'un jugement tout autrement difficile. Il s'agissait d'un ouvrier, jeune, se plaignant depuis plus de huit jours de céphalée, avec fièvre ardente, langue sèche, état comateux interrompu par des accès d'agitation et de délire fébrile. Le malade, dont je n'ai pas à retracer ici l'histoire détaillée avait été atteint, quinze jours environ avant les premiers accidents cérébraux, d'une angine qui persista pendant plus d'une semaine et dont l'existence avait été constatée par le Dr Rémond.

Mon opinion, partagée par mon confrère, fut que cet antécédent avait une signification presque pathognomonique, que l'angine était rhumatismale et que l'affection encéphalique était de même nature. Conformément à ce diagnostic, le traitement consista exclusivement dans l'usage du sulfate de quinine, à la dose quotidienne d'un gramme. Le remède fut continué jusqu'à la guérison complète du malade, trois semaines après l'invasion des troubles cérébraux, cinq semaines après le début de l'angine; sans qu'il y ait eu, dans le cours de l'affection, des douleurs articulaires caractéristiques.

L'angine rhumatismale, dans les limites où j'ai tenu tout d'abord à la circonscrire, est exempte de danger, elle guérit d'elle-même et s'épuise dans un court espace de temps. Sa durée, qui dépend d'ailleurs un peu de son intensité et beaucoup de son étendue, n'excède guère une huitaine de jours.

3° *Traitement.* Le traitement doit être à la fois local et général.

Localement, il importe de s'abstenir des topiques astringents et des caustiques même dilués dont on abuse dans la thérapeutique des maux de gorge. Les gargarismes émollients sont seuls indiqués et procurent seuls des soulagements pal-

agers, il est vrai, mais sollicités et bien ressentis par les ma-
ades. Les formules les plus simples conviennent à cette demi-
xpectation, à la condition que les liquides employés sous
orme de gargarismes ou de collutoires soient mucilagineux
t d'une température moyenne; je n'ai pas besoin d'ajouter
u'il convient d'édulcorer des solutions qui doivent être en
ontact prolongé avec la langue, et qui, si elles n'étaient
'une saveur agréable, causeraient bientôt un dégoût invin-
ible. Quelques gouttes de jus de citron suffisent d'ordinaire
t sont plutôt avantageuses que nuisibles, mais très-certaine-
ient inoffensives.

Les applications calmantes ou irritantes sur le devant du
ou, pratiquées si souvent dans l'espoir ou d'une action anti-
hlogistique à distance ou d'une dérivation, ne procurent au-
in amendement.

La médication générale plus importante est celle des affec-
ons aiguës qui n'appellent pas de remèdes spéciaux : laxatifs
gers, boissons dont il faut exiger l'usage, bien que le ma-
de y répugne à cause de la douleur que la déglutition dé-
rmine; alimentation liquide et réduite à de très-minimes
roportions.

En bornant ainsi la thérapeutique à l'hygiène, on fait moins
e d'une sage prudence; mais rend-on au malade tout le ser-
ce qu'il est en droit d'attendre du médecin ? Je me suis
uvent demandé s'il n'y aurait pas à profiter de l'avertisse-
ent que donne l'angine rhumatismale, pour entamer d'em-
ée la médication qu'on appliquerait au rhumatisme articu-
ire une fois déclaré. J'avoue n'avoir pas mis sérieusement
plan de traitement à exécution, même dans les cas où le
agnostic de l'angine ne me laissait aucun doute. Ma convic-
on est qu'il n'existe pas de méthode abortive du rhuma-
ıme, que si on peut modérer, amoindrir, diriger ses sym-
ômes, on ne réussit jamais à le juguler à son début. Dans
ıelques cas où j'ai essayé, et c'est le seul remède que j'aie
périmenté le sulfate de quinine, il m'a paru que le malade
en retirait ni effets utiles ni effets nuisibles.

Comme l'angine est ou guérie ou en voie de guérison quand

les douleurs du rhumatisme se déclarent, il n'existe pas de convalescence proprement dite; mais l'intervalle de guérison apparente, ou de repos, qui sépare les deux stades de la maladie, exige de grandes précautions.

C'est toujours une faute que de précipiter les convalescences des affections aiguës et de croire qu'on abrégera la réparation, parce qu'on aura engagé le malade à se comporter prématurément comme un homme rétabli dans sa pleine santé. Mais ici la faute est plus grave, parce qu'elle a sa raison dans une erreur de diagnostic. Ce qu'on avait pris pour la guérison confirmée n'était qu'un temps d'arrêt, une sorte de recueillement de la maladie avant qu'elle revêtît une nouvelle forme, et il n'est pas impossible qu'une mauvaise direction influe sur le degré du rhumatisme déjà imminent. On ne saurait tenir trop compte des dispositions que le malade accuse et dont il est si bon juge. L'exposition au froid est surtout très-préjudiciable. Je n'ai garde de dire que l'invasion du rhumatisme articulaire est due à un refroidissement, mais j'affirme que l'impression du froid fournit, le plus souvent, l'occasion déterminante. Je ne me suis jamais loué d'avoir précipité la sortie des malades, et je n'ai jamais regretté les excès de sollicitude.

4° *Nature.* J'arrive à une question plus délicate, mais qu'il est nécessaire de poser, dût-on ne pas réussir à la résoudre. De quelle nature est l'angine rhumatismale? Ici c'est encore à l'enveloppe cutanée et aux modifications qu'elle subit sous l'influence du rhumatisme, qu'il faut emprunter ses meilleures sources d'information.

Le rhumatisme articulaire aigu détermine une fluxion cutanée qui se présente avec les caractères qu'on retrouve dans les phlegmasies, et dont les abcès qui se développent dans le tissu cellulaire sous-jacent à la peau, reproduisent, à leur période initiale, les phénomènes caractéristiques : turgescence, rougeur diffuse, chaleur, douleur à la pression même superficielle, distincte de la douleur provoquée par les mouvements articulaires ou par une pression plus énergique

ension de la peau notablement modérée par les applications roides, et se réveillant pendant la réaction, plus continûnent améliorée par les applications chaudes humides ou èches. Cette fluxion qui, dans les arthrites goutteuses, a des spects si particuliers, n'a rien dans le rhumatisme qui la ifférencie rigoureusement des autres phlegmasies, si ce n'est on siége et la douleur profonde qui l'accompagne.

Le rhumatisme articulaire aigu peut de plus avoir, comme xpression cutanée, une éruption érythémateuse spéciale, sans ucune analogie avec la congestion phlegmasique.

L'éruption apparaît sous forme d'érythème en plaques plus u moins étalées, à bords nettement limités, ou de papules de imension variable. La rougeur s'efface sous la pression du oigt pour reparaître aussitôt.

L'érythème occupe de préférence les environs des jointures, nais il peut affecter n'importe quel point de la périphérie. Il st fugace, ne correspond pas aux articulations déjà atteintes ou qui vont être les premières envahies, et n'a aucune relaion avec l'intensité, ou la durée de la maladie. Qu'il existe ou n'existe pas, on n'en saurait tirer d'indication quant à la narche ultérieure des accidents rhumatismaux.

Par une analogie qui n'a rien de forcé, on a été conduit à admettre qu'un certain nombre d'éruptions, offrant des caracères communs et occupant comme siége de prédilection les environs des jointures, sont d'origine rhumatismale. La coïncidence du rhumatisme articulaire ne fournit plus alors un supplément de preuve, et l'éruption serait à elle seule parfaiement significative.

Dans des cas moins tranchés, ces éruptions peuvent s'étendre, occuper la continuité des membres, se fixer sur le tronc; nais là, comme autour des jointures, elles sont reconnaissables aux caractères qu'on a cru pouvoir assigner à l'espèce.

La scarlatine serait un type de l'érythème rhumatismal, et par son mode d'évolution, et par la prédominance de la rougeur au niveau des jointures, et par les douleurs articulaires qui viennent si souvent la compliquer à des époques diverses de son effervescence.

L'angine rhumatismale est-elle autre chose qu'un érythème guttural?

D'autre part, en dehors des affections cutanées, le rhumatisme peut, des articulations pour lesquelles il a une affinité prédominante, se transporter sur d'autres régions : tel est le cas des membranes séreuses, qui, entrant à la fois dans la composition des articulations et de certains appareils splanchniques, se prêtent si communément aux métastases rhumatismales.

L'inflammation qui peut occuper la plèvre, l'endocarde ou le péricarde ne peut-elle pas, au même titre, quoique plus rarement, se porter sur d'autres membranes? Si les séreuses y sont surtout prédisposées, il s'en faut qu'elles le soient toutes également et rien n'est plus exceptionnel que la péritonite rhumatismale, si elle existe. Est-il inadmissible que certaines membranes muqueuses, celle de la gorge, par exemple, fournissent un terrain favorable et deviennent le siége *du rhumatisme*?

Enfin est-on fondé à établir une ligne de démarcation profonde entre les phénomènes éruptifs qui se produisent à la peau et les phlegmasies des organes internes? La pleurésie comme l'endocardite ne peut-elle pas être un érythème des membranes séreuses, plus fébrile parce qu'il s'étend sur des tissus moins indifférents, plus durable parce qu'il provoque des phlegmasies secondaires qui se prolongent indéfiniment, plus dangereux parce qu'il entraîne secondairement des lésions de structure qui se continuent pour leur propre compte, sans conserver aucun des caractères de l'*inflammation* rhumatismale.

Quelle que soit la solution toujours douteuse qu'on donne à ces problèmes dont nous sommes loin d'avoir le dernier mot, il n'en est pas moins vrai que l'angine rhumatismale se rapproche bien plus de l'érythème cutané que des autres manifestations du rhumatisme extra-articulaire. Elle est caractérisée par une rougeur plus ou moins circonscrite; elle est de courte durée, elle n'entraîne pas de conséquences ana-

;ues à celles qui dérivent des inflammations aiguës de l'ar-
re-gorge. La loi générale, qui veut que la muqueuse du
arynx soit soumise à la plupart des affections qu'on observe
a peau, trouve ici sa légitime application.

Est-ce à dire que tout érythème guttural aigu est de nature
umatismale? Je n'en crois rien et je me suis appliqué à
ttre en relief les signes à l'aide desquels l'angine vraiment
umatique pouvait être discernée.

Les symptômes fournis par l'état général du malade et par
réaction fébrile, ont une valeur considérable, aussi bien à
rrière-gorge qu'à la peau. En revanche, l'aspect des parties
moins décisif lorsqu'il s'agit de la membrane muqueuse
jette à tant de fluxions, si facilement congestionnée et dont
ne peut pas dire que du jour où on y constate une rougeur
iquée, on est sûr d'observer une éruption érythémateuse.

Enfin, et ce dernier caractère a une telle importance que je
saurais trop y revenir, l'angine liée au rhumatisme ne
rvient jamais pendant le cours de la maladie, comme l'éry-
ème cutané, ou à n'importe quelle période; mais elle est cons-
mment prodromique. C'est certainement de toutes les loca-
sations extra-articulaires du rhumatisme la seule qui ait
tte particularité.

L'angine rhumatismale, ainsi envisagée, n'est rien moins
ıe l'équivalent des paralysies, des ophthalmies dites rhuma-
smales qui peuvent reconnaître les mêmes causes, affecter
même marche que le rhumatisme articulaire, mais qui
ont qu'une connexion théorique, sans coïncider jamais avec
ıi, sans être ni un des accidents du début, ni une de ses
rminaisons, ni un de ses modes de déplacement, ni même
ne de ses plus rares complications.

III. Formes subaigue et chronique. — J'ai envisagé le
humatisme sous une de ses faces en prenant pour exem-
laire l'affection aiguë.

Il n'est personne qui ne sache que le rhumatisme articu-
ıire le plus franc a une tendance tout exceptionnelle à perdre
on aspect d'acuité, pour devenir ou subaigu ou chronique.

Combien souvent ne voit-on pas les douleurs persister pe
dant des semaines ou pendant des mois, s'accompagner
peine d'un état fébrile et conserver néanmoins, sous u
forme atténuée, les caractères du rhumatisme le plus aig

Chez certains malades, les douleurs, sans rien perdre
leur mobilité, s'éternisent, et, au moment où on devait
croire assuré de la guérison, il faut recommencer sur de n
veaux frais, un traitement plein de tâtonnements et d'in
titudes, parce qu'on ne sait plus quelle part il convient d'a
tribuer à l'état inflammatoire.

Même dès le début, le rhumatisme peut revêtir ce
forme de demi-chronicité et passer outre à l'inflamma
rhumatismale qui se traduit à peine par une fièvre pres
éphémère.

Enfin il se peut que le rhumatisme soit chronique et r
rétique d'emblée. Les douleurs ont une intensité moin
mais encore vive; elles s'exagèrent moins par la pression
tant, sinon plus, par les premiers mouvements ; elles ne c
cident pas avec la rougeur ou le gonflement ardent des join
res, et dans leur diversité, elles se modifient suivant la cons
tution ou la susceptibilité des individus. Il résulte de là une
multiplicité de types ou d'espèces, pour ainsi dire pers
nelles, qu'on a dû renoncer à écrire l'histoire du rhumatis
articulaire chronique et que chaque médecin s'en tient au
peu près de sa propre expérience.

On comprend qu'avec des données déjà si vagues, lorsq
s'agit du siége classique du rhumatisme, la maladie soit e
core plus difficile à constater scientifiquement dans des poi
où elle ne se fixe qu'exceptionnellement.

La seule observation que je connaisse d'angine vraim
chronique et supposée rhumatismale est celle que Dieffenba
a rapportée incidemment et qui m'a frappé à cause de sa si
gularité, plus qu'elle ne m'a convaincu à cause de sa vale
démontrante. Je traduirai textuellement et l'observation
les réflexions qui la précèdent sans pouvoir me défen
d'une extrême réserve et d'une égale défiance. Il s'agit d'
fait dont je ne sais ni directement ni par ouï-dire l'équivale

ai vu des sensations douloureuses de la gorge prendre des
roportions incommodes sans que l'examen le plus attentif
découvrir une lésion extérieure, mais ces accès douloureux
aient de courte ou de moyenne durée, ils ne constituaient
as une maladie proprement dite. Lorsqu'ils prenaient plus
intensité ou qu'ils se prolongeaient davantage, ils sem-
laient liés à une phlegmasie de la membrane muqueuse
énérale ou partielle. Dans le fait de Dieffenbach tout est
izarre, et l'aspect des parties malades, et la ténacité de la
ouffrance, et même l'efficacité du mode de traitement.

« Parmi les maladies de la gorge, les affections rhumatis-
ales auxquelles le voile du palais est exposé chez les per-
onnes âgées, n'a pas fixé l'attention. Sur le voile lui-même
n n'observe aucun changement; il n'est pas rouge mais sa
ouleur blanche incline vers le jaune. Les malades se plai-
nent de douleurs intolérables du cou qui ont certainement
eur siége dans les muscles de la muqueuse du voile du pa-
ais. Les gargarismes de toute sorte, employés contre cette
ffection, non-seulement ne servent pas, mais sont nuisibles.
e citerai ici un cas, selon moi très-intéressant, qui se rap-
orte à cette maladie.

« Une femme âgée de 45 ans, très-adonnée aux soins du
énage et toujours fort occupée dans sa cuisine, souffrait de
ouleurs périodiques dans les membres, mais, surtout depuis
ix années, de violents maux de gorge contre lesquels elle
vait essayé inutilement un nombre considérable de remèdes.
a pointe de la luette était fortement rougie, le voile du pa-
ais pâle, les amygdales rouges et un peu hypertrophiées. On
vait conseillé à la malade depuis plusieurs années l'extirpa-
ion des amygdales, mais l'opération n'avait pas eu lieu à
ause du petit volume de ces glandes qui ne gênaient pas no-
ablement le passage de l'air. Comme aucun moyen n'ame-
ait de soulagement et que la femme sollicitait l'opération,
e me décidai à la pratiquer. Il parut tout d'abord en résulter
uelque amélioration, mais presque aussitôt après la cica-
risation, les douleurs reparurent avec une égale intensité.
La luette continuait d'être rouge et me paraissait le siége

principal de la souffrance, j'en coupai avec des ciseaux
tiers inférieur. La rougeur cessa, mais l'amélioration fut
courte durée et les douleurs reprirent leur première violen
A partir de ce moment, on renonça aux gargarismes, des
migations de succio furent pratiquées dans la bouche; à l'
térieur, on donna l'éthiops et le gayac, et enfin le voile
palais fut légèrement enflammé à la surface par des ha
geonnages avec la teinture de cantharide atténuée.

« En peu de temps, la maladie, dont cette femme avait
fert si longtemps, fut complétement guérie. »

Pour moi le rhumatisme essentiellement chronique de
rière-gorge est tellement rare que je ne saurais mettre à
tribution mon expérience. Il en est de même de l'a
rhumatismale subaiguë et durable que je ne puis me dé
à admettre, à titre même de variété dans l'espèce. (
l'angine se prolonge au delà de quelques jours, je
qu'elle n'est pas de nature rhumatismale, dût-elle
présenté, dans ses premières phases, les signes que j'ai
guement rapportés.

Dès qu'on touche à l'histoire du rhumatisme, on a
s'en défendre, il faut toujours aboutir à des question
doctrine, et la proposition toute simple que je viens d'
cer risquerait d'être mal comprise, si je ne la rattach
quelques notions plus générales.

Tout en contestant l'existence de l'angine rhumati
chronique, j'accorde que certains rhumatisants *ont un*
position exceptionnelle à contracter des maux de gorge
gus, souvent fatigants par l'excès de leur persistance
beaucoup sont sujets à une phlegmasie ou plutôt à une
tation de l'arrière-gorge peu intense, mais d'une durée
finie; que par conséquent la constitution rhumatismale
rise le développement de certaines affections angineu
J'aurai d'ailleurs à revenir sur ces faits en traitant
phlegmasies catarrhales.

Ce n'est pas une raison pour affirmer la réalité *de l'an*
rhumatismale chronique. Autre chose est de reconn

'une susceptibilité, une aptitude ou même une affection
:ale, est en rapport avec un tempérament morbide, ou de
:larer qu'un ensemble de symptômes est l'expression lo-
le d'une maladie. Dans le premier cas, les accidents indécis
xpliquent par la constitution connue d'avance du sujet;
:ux seuls ils ne suffisent pas à établir l'existence de cette
nstitution, et s'ils servent c'est seulement comme pièces à
ppui. Dans le second cas, la présence des accidents locaux
t décisive, ou tout au moins elle doit le devenir, en suppo-
nt qu'il reste quelques obscurités que tôt ou tard dissipera
progrès de la science. On a déjà tant abusé de l'épithète
rhumatismal adoptée au hasard et comme synonyme de
obile, passager, provoqué par le froid, qu'il ne peut y avoir
ıe profit à en restreindre l'acception.

J'ai vainement cherché à découvrir les caractères par les-
ıels se distinguerait des autres formes chroniques l'angine
.umatismale, et bien que mon attention ait été longtemps
sérieusement fixée sur ce point, mes observations sont res-
es sans résultat. De là à conclure qu'il n'y a pas d'angine
ıumatismale chronique ou subaiguë, la distance est si grande
ı'il était à propos de la marquer. Jusqu'à ce que la maladie
ıit définie et décrite, accepter un mot dont on ne précise pas
sens, c'est toujours, en médecine comme ailleurs, dissimu-
r l'ignorance et éteindre la curiosité.

Qu'on ait attribué à la diathèse rhumatismale bon nombre
: catarrhes chroniques de l'arrière-gorge, la confusion était
offensive, et il est probable qu'elle n'est pas près de finir.

Une erreur plus grave et contre laquelle il faut se prému-
r, consiste dans la confusion d'une angine syphilitique su-
ıiguë avec le mal de gorge rhumatismal. La syphilis guttu-
.le débute chez certains sujets par des accidents fébriles, des
ıuleurs articulaires mal définies, un malaise également
ıgue. Quand l'invasion se fait sous cette forme, elle est,
tous les praticiens auront la bonne foi de le reconnaître,
ngulièrement trompeuse.

Le fait suivant, dont je me bornerai à rapporter les don-
ées principales, me paraît pouvoir servir de type.

M. X..., 32 ans, grand, robuste, mais d'une constituti lymphatique, a subi, il y a sept ans, un rhumatisme artic laire aigu qui a accompli son évolution dans l'espace de tr semaines, sans aucune complication. La convalescence a longue plutôt par la faiblesse du malade que par la per tance de points douloureux. Depuis lors, il n'a jam ressenti de douleurs articulaires, bien qu'il mène une ex tence active et s'expose à de fréquents refroidissements

Le 15 décembre 1864, à la suite d'un excès de fatigue éprouve un malaise général, avec de l'âpreté, de la sécheres de la gorge et une tension douloureuse dans la partie late droite du cou. Il l'attribue à ce qu'il avait plus fumé q d'ordinaire, renonce à son habitude de fumer et ne dimi rien de ses occupations.

Le 20 décembre, il part, malgré le froid et le malaise q s'est pas amélioré, pour l'Est de la France. Revenu à Pa après une absence de cinq jours, il se sent plus fatigué. mal de gorge s'est augmenté; il s'y est joint du rhume cerveau. L'appétit est nul, la peau chaude, la soif assez v

Je vois le malade alors pour la première fois. Il se p d'une courbature qui lui interdit la marche. Fièvre pe tense, peau chaude, appétit nul, soif augmentée, somn très-agité.

La souffrance de la gorge est constante; elle s'exagère la déglutition de la salive, mais les aliments solides ou de solides passent aisément. C'est une sensation de sécheres et de chaleur, sans ardeur vive, ne suffisant pas pour in rompre le sommeil mais presque intolérable pendant l d'une heure au réveil. La voix est nasonnante, le nez obst et douloureux au même titre et sous la même forme q la gorge. L'action de se moucher n'amène aucune excré et détermine un redoublement de la céphalalgie qui est intense mais continue.

A l'examen direct, rougeur tomenteuse du pharynx paraît gonflé dans sa portion médiane, rougeur et œdème la luette et des piliers à un moindre degré. Le pharynx parsemé de stries moins foncées en couleur et qui font

rtir la saillie des follicules. Sécheresse sans aspect luisant, ›préciable surtout au toucher, chaleur âpre également au ntact, à peine tempérée par les boissons pendant quelques inutes.

Le nez est également sec, un des ganglions du cou à droite t douloureux et gros comme un œuf de pigeon, œdème, ou utôt empâtement des parties voisines. Pendant les quatre ou nq jours qui suivent, les accidents persistent sans variation.

Le 15 janvier, le malade, ayant essayé d'une alimentation us substantielle, est pris dans la nuit d'une indigestion à la ıite de laquelle la fièvre redouble.

La langue, déjà sale au milieu, rouge sur les bords, de- ent sèche ; un éméto-cathartique dissipe ces symptômes embarras gastrique.

Le 17 janvier, douleur spontanée et à la pression à l'articu- tion du genou, et à celle de la phalange de l'index gauche, ıe le malade compare de lui-même aux souffrances qu'il ⁄ait éprouvées lors de la décroissance de son rhumatisme ·ticulaire. Malaise général ne s'améliorant pas; même fa- gue, plus de pâleur, un peu de vertige quand il est debout.

Jusqu'au 25 janvier, les douleurs articulaires très-mobiles, ›cupant tantôt un point, tantôt un autre, se répètent. Cepen- ant l'état de la gorge se modifie peu à peu, la rougeur s'é- int, les fosses nasales sont mieux perméables à l'air.

A cette époque, et sur mon conseil, le malade va passer ıelques semaines dans le Midi, pour assurer une convales- ›nce à peine entamée.

Le traitement topique a consisté en gargarismes très-dou- ›ment astringents, dans l'usage à l'intérieur des drastiques petite dose, alternant avec le sulfate de quinine, et, plus rd, dans l'administration des bains russes, quand les signes › phlegmasie fébrile ont disparu.

Jusque-là tout semble concourir à confirmer l'hypothèse une angine rhumatismale. M. X. se trouve à souhait de son ›yage; il écrit, et ses amis écrivent qu'il a repris, dans le idi, sa fraîcheur et son embonpoint. Il est capable de se vrer à de longues excursions; l'appétit est revenu et le

médecin de la station où il s'est fixé constate une guérison absolue.

Le malade, revenu à Paris après une absence de cinq semaines, s'adonne de nouveau à ses occupations. Cependant vers la deuxième semaine, il éprouve un peu de sécheresse de la gorge et d'enchifrènement, sans douleurs articulaires, sans malaise général. Cette indisposition, à peine incommode, l'occupe si peu qu'il ne demande de conseil qu'au bout d'un mois et demi. La gêne est alors plus marquée, surtout dans les fosses nasales postérieures; le pharynx et le voile du palais sont sains. Il devenait impossible de reprendre l'hypothèse d'un rhumatisme localisé. Un examen répété fait enfin découvrir de petites ulcérations syphilitiques siégeant sur la paroi postérieure du pharynx et dissimulées par le voile du palais. Il n'y avait pas eu d'éruption cutanée, mais la série des accidents secondaires se développa ultérieurement.

IV. ANGINE RHUMATISMALE SANS RHUMATISME. — L'angine rhumatismale aiguë, telle que je viens de la décrire, avait toujours pour conséquence le rhumatisme dont elle présage la venue. Son diagnostic se fondait sur deux éléments : d'une part, la nature de la lésion visible de l'arrière-gorge; l'autre, la manifestation articulaire venant plus tard confirmer la diagnose et clore la maladie.

Mais, de même qu'il existe des rhumatismes articulaires sans traces d'angine préalable, ne peut-il pas exister des angines rhumatismales sans affection articulaire? La question que j'indiquais en commençant se trouve ainsi posée de nouveau, et, quoiqu'elle garde sa difficulté, nous avons quelques éléments de plus pour essayer de la résoudre.

La description que j'ai donnée de l'angine rhumatismale diffère de celle qu'on trouve dans le peu de traités où il en est fait mention, et elle ne s'accorde pas davantage avec les notions assez vagues que la tradition a conservées.

On admet en général que l'affection rhumatismale aiguë de l'arrière-gorge a pour caractère une gêne moyenne *de la déglutition*, qui coïncide avec un état douloureux des muscles du

la nuque, s'exagérant par les mouvements du cou. C'est dans ces douleurs extrinsèques qu'on cherche les éléments de la définition. En effet, la plupart des malades qui éprouvent ces deux ordres de symptômes se sont exposés au froid ; le malaise est de courte durée, il est essentiellement douloureux et, le plus ordinairement, mobile. Je ne conteste pas l'existence d'indispositions ainsi caractérisées, mais je persiste à n'y voir qu'un pseudo-rhumatisme musculaire par refroidissement, accompagné d'une angine insignifiante. Il est certain que les muscles qui servent au mouvement de la tête et du cou ne sont pas notablement affectés dans l'angine rhumatismale vraie. Il n'est pas moins positif qu'au début d'un grand nombre de maladies angineuses franchement aiguës, les malades accusent une souffrance plus ou moins vive qui retentit dans les parties postérieure et latérale du cou, comme ils se plaignent d'une céphalalgie parfois tellement intense qu'elle devient le symptôme le plus insupportable ; ne savons-nous pas d'ailleurs que les douleurs des muscles n'appartiennent guère, comme conséquence accoutumée, au rhumatisme articulaire aigu.

Entre le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire, il n'existe que des relations lointaines et douteuses. En constituant artificiellement une angine rhumatismale, on s'est attaché de préférence à l'idée d'une affection des muscles, quand il fallait, c'est là du moins la conviction que j'ai puisée dans les faits, prendre pour point de départ le rhumatisme des jointures.

Il se peut que l'angine aiguë soit l'unique localisation de la maladie et que, malgré l'immunité provisoire des jointures, elle n'en soit pas moins de nature rhumatismale.

Il se peut aussi, et ce sont là des faits dont il importe de tenir grand compte, que les douleurs articulaires, survenant beaucoup plus tard, viennent justifier un diagnostic qui semblait quelque peu hasardé. L'angine, dans ces conditions, n'est plus l'annonce d'une crise imminente, mais l'expression d'une diathèse active qui sommeillera quelque temps avant de se révéler par des signes plus positifs.

Une jeune dame, de constitution robuste, sujette seulement à des douleurs abdominales qu'on a rapportées, sans preuves directes, à des calculs hépatiques, est prise, à la suite d'un refroidissement, de frisson, de fièvre modérée et de mal de gorge. La déglutition est très-pénible, pas de douleur dans les masses musculaires de la nuque. La gorge est rouge, d'une coloration diffuse, veloutée, sèche; la langue sale. Mon avis est qu'il s'agit d'une angine rhumatismale et que la médication doit être doucement antiphlogistique. Les accidents locaux et généraux s'atténuent graduellement, et, au cinquième jour, la convalescence est complète. A deux mois de là, même exposition au froid, même forme d'angine, suivant une marche identique, et que je considère encore comme rhumatismale. Pas plus que la première fois, il n'existe de douleurs articulaires, soit pendant, soit après l'affection aiguë. Néanmoins, à force de questionner, j'apprends de la malade qu'elle a éprouvé, il y a quatre ans, une souffrance persistante dans l'épaule droite, qui s'est prolongée pendant plusieurs mois. A tort ou à raison, ces rhumatismes uni-articulaires, qui se fixent sur l'articulation scapulo-humérale, me paraissent avoir une importante signification et témoigner d'une disposition constitutionnelle ou simplement rhumatismale ou rhumatico-goutteuse.

Trois semaines après la seconde attaque, la même dame est prise de nouveau de frissons et de fièvre; mais, à la place du mal de gorge, se déclare une urticaire aiguë. Les plaques papuleuses ont, chez elle, cette particularité qu'elles sont toujours symétriques et que lorsqu'elle éprouve, par exemple, une violente démangeaison à l'index droit, elle peut être sûre qu'au bout de quelques instants l'index gauche sera également affecté. Quand l'éruption a lieu au pourtour d'une articulation, elle s'accompagne d'une douleur articulaire sourde, et cependant assez intense pour que les mouvements de l'articulation correspondante soient presque impossibles. Il existe, en outre, des douleurs articulaires fugaces et sans rapport avec une poussée éruptive, au voisinage des jointures douloureuses. Il ne se déclare pas de rhumatisme articulaire aigu.

Chez un autre malade, les accidents furent encore moins décisifs. Il s'agit d'un jeune homme (trente-deux ans) pris subitement de fièvre avec roideur du cou, vive douleur lombaire, et pour lequel on redoute l'imminence de la variole. Au quatrième jour, une angine érythémateuse se déclare, l'arrière-gorge est ardente, douloureuse en masse, sèche, le voile du palais épaissi, la luette énorme et d'un rouge pourpre. Un peu de délire survient dans la nuit.

Le lendemain, vingt-quatre heures après l'explosion de l'angine, une éruption érythémato-papuleuse apparaît au pourtour de toutes les grandes articulations : épaules, coudes, poignets, cuisses, genoux, cous-de-pied. Elle consiste dans des plaques rouges, déchiquetées au bord, faisant une légère saillie sous le doigt et entourées d'un grand nombre de petites papules disséminées du volume d'un grain de chènevis. Les douleurs de la nuque et des lombes ont complétement cessé depuis la veille et aucune douleur articulaire nouvelle ne s'est montrée.

L'érythème cutané n'a duré que quarante-huit heures ; l'érythème guttural s'est prolongé quatre jours. L'état général ne s'est que très-lentement amélioré, en me laissant toujours indécis sur la nature vraie des accidents dont j'avais été le témoin.

Dans ces angines rhumatismales sans rhumatisme vrai, la rougeur, telle que je l'ai longuement décrite, entraînant des sensations sur lesquelles j'ai insisté, s'accompagnant de malaise fébrile, indique ou une angine rhumatique ou un érysipèle. Dans l'érysipèle, l'invasion est plus solennelle, la fièvre plus ardente et, pour mieux dire, l'ensemble des phénomènes fébriles a plus de violence et de soudaineté.

V. Nous avons vu l'angine précédant le rhumatisme vrai durer de quatre à huit jours; dans les formes aiguës, on voit l'angine rhumatismale, qui ne doit pas être suivie de douleurs articulaires, affecter la même durée.

Nous avons noté que l'angine antécédente du rhumatisme

ne descendait jamais du pharynx au larynx, mais qu'elle tendait au contraire à remonter vers les fosses nasales. Il en est encore ainsi de l'angine rhumatismale sans arthralgie, et ce caractère suffit à la différencier des angines prodromiques du rhume, de la grippe, etc., qui ont avec elle plus d'une analogie, mais qui se propagent au larynx et à la trachée.

Le traitement n'offre, comme je l'ai dit, aucune indication particulière, lorsque l'angine marque seulement le début du rhumatisme aigu ; la médication se compose des moyens nombreux et diversement efficaces qu'on a coutume d'opposer à toutes les fièvres.

Il en est encore ainsi lorsque l'angine ou résume toute la maladie ou en est la manifestation capitale. Convient-il alors d'ajouter aux remèdes locaux une médication générale ? J'hésite à répondre par l'affirmative, bien que je sois convaincu que l'angine n'est pas une complication, mais qu'elle est une des localisations directes de la maladie rhumatismale.

On pourra recourir à l'emploi du sulfate de quinine, qui convient mieux que les autres modificateurs à ces formes exceptionnelles. S'il est possible de tirer un enseignement pathologique de l'action des remèdes, le sulfate de quinine donnerait un argument de plus en faveur de la nature réelle de l'affection angineuse.

On sait à quel degré le sulfate de quinine détermine, chez les individus sains, une sensation de sécheresse de l'arrière-gorge. Chez les malades affectés d'angine rhumatismale, non-seulement il n'exagère pas, mais je crois qu'il atténue l'âpreté dont ils se plaignent et qui n'a rien de commun avec la soif.

Lorsque l'angine rhumatismale tend à devenir, relativement, chronique, qu'elle dépasse sa durée moyenne sans fièvre, sans réaction, je ne saurais trop insister sur l'utilité des bains de vapeur, des bains maures, des bains russes. Les applications froides locales sont, le plus souvent, nuisibles.

L'angine rhumatismale aiguë et sans rhumatisme articulaire consécutif a, chez certains sujets, une fâcheuse tendance aux récidives. On ne saurait recommander de trop

randes précautions contre les variations de température; 'ai vu chez un malade l'angine, complétement guérie depuis rois semaines, reparaître brusquement à la suite d'un re- roidissement contracté au sortir d'un bal; chez d'autres, 'élévation de la température termine une convalescence ente à s'achever, tant que l'atmosphère était restée froide t humide.

# ANGINE PHLEGMONEUSE

Je désigne expressément sous ce nom toute affection inflam matoire de l'arrière-gorge qui se termine ou tend à se termi ner par un phlegmon. Le nom d'amygdalite phlegmoneu appliqué souvent à cette forme d'angine, ne me paraît pa heureusement choisi, parce que, contrairement à l'observa tion, il implique l'idée que l'amygdale est le siége exclusif la maladie.

Les angines phlegmoneuses aboutissant à un abcès ne so pas rares, et cependant on a confondu dans la même descr tion deux formes que je crois nécessaire d'isoler et dont traiterai séparément :

1° L'amygdalite phlegmoneuse, peut-être la plus commu mais certainement la moins franchement aiguë, où la sup puration a lieu dans le parenchyme de l'amygdale;

2° La péri-amygdalite, espèce plus violemment phlegm tique par ses symptômes locaux et généraux, dans laquelle foyer purulent se forme en dehors de l'amygdale dans le tis cellulaire qui tapisse le voile du palais.

I. PÉRI-AMYGDALITE. — La péri-amygdalite phlegmoneu a été si complétement décrite même dans les traités élémen taires, qu'il semble inutile d'insister sur les symptômes et l lésions qui la caractérisent. Cependant les observateurs, fra pés surtout par les grands aspects de la maladie, ont omi quelques détails qui méritaient de figurer dans la descriptio

La maladie débute, d'après les données classiques, par u frisson violent, son invasion serait soudaine comme celle de inflammations franches. Il s'en faut cependant que les chose

passent ainsi, et en oubliant dans le tableau de la maladie période prodromique, on a supprimé un des temps les plus ıportants de l'évolution.

La péri-amygdalite phlegmoneuse ne se déclare pas subitement, le frisson qui marque seulement l'imminence de l'abs, n'a lieu qu'après un ou plusieurs jours. Les malades ssentent tout d'abord un mal de gorge qu'ils jugent insiıifiant, et qui n'a pour symptômes subjectifs que de la chaur, de la sécheresse et un malaise général avec un peu de ssitude. Lorsque les accidents ont acquis plus d'intensité, s malades oublient cette indisposition préliminaire pour laıelle ils ont rarement recours à l'avis d'un médecin.

Lorsqu'on est appelé assez tôt, et qu'on examine soigneuse.ent l'arrière-gorge, on constate une rougeur limitée plus ou ıoins exactement au côté qui doit être le siége du phlegmon. L'amygdale est ou paraît augmentée de volume; tout au ıoins est-elle plus saillante. Un peu plus tard, soit le soir, soit : lendemain du jour du début, on aperçoit sur l'amygdale ne exsudation mince, opaline, disparaissant sous le doigt ou éjà abstergée par la salive sur tous les points proéminents, ıais qui persiste dans les anfractuosités. L'exsudation est urtout visible dans les replis formés par les piliers antérieur t postérieur, dont elle dessine le rebord par une ligne blanhâtre.

Au premier aspect, cette exsudation qui remplit les cryptes erait aisément confondue avec une éruption herpétique. 'est pour avoir ainsi rassemblé dans la même catégorie tous es exsudats ponctués qu'on a élargi, outre mesure, le cadre e l'herpès et qu'on a fait d'une espèce une classe nosoloique.

Durant cette première phase, le malade était seulement ncommodé. Le frisson éclate plus ou moins intense ou duable, égal à celui de la pneumonie ou consistant seulement n quelques tremblements passagers. La fièvre s'allume avec ous ses symptômes, saleté de la langue, soif, chaleur, courbature, céphalalgie; l'ensemble des accidents rappelle, sauf e frisson qui est plus pénible et plus constant, la période d'in-

vasion de l'herpès guttural. La présence des exsudats cel-
tellés complète assez souvent l'illusion pour qu'on se m
prenne sur le diagnostic.

Cependant on peut déjà, en apportant un surcroît d'attenti
reconnaître au-dessus de l'amygdale malade une surf
rouge, tendue, dont la rougeur mal circonscrite va s'éteig
sur les parties voisines, et occupe d'emblée un espace de pl
sieurs centimètres de circonférence.

La nuit est agitée moitié à cause de la fièvre, moitié
suite de la douleur croissante que provoque chaque essai
déglutition. La salive est déjà visqueuse, l'ingestion des b
sons est plus pénible que celle des aliments liquides mu
gineux, les gargarismes froids procurent une sensa
d'abord agréable, mais bientôt suivie de réaction. L'usage
sévérant des lotions froides, la glace tenue dans la bouche
petits fragments redouble la sécheresse et l'irritation.

Le lendemain le gonflement sus-amygdalien est plus ma
feste, on le voit et surtout on le sent au toucher; la pres
du doigt est moins douloureuse qu'on ne le supposerait.
voile du palais du côté malade participe à l'inflammation
se comporte comme la paupière, quand un furoncle ou
petit abcès se développe dans son voisinage. La membra
muqueuse est injectée, épaissie et presque toujours le si
d'un œdème, dont la présence s'accuse mieux à la luette q
prend parfois d'énormes dimensions; la membrane palat
est pendante, peu contractile soit parce qu'elle a perdu de s
élasticité, soit parce que le malade s'ingénie à en réduire l
mouvements.

L'amygdale devient de plus en plus saillante, à ce *point* q
le voile du palais demi-procident, la recouvre à sa portion s
périeure pendant que le segment interne est recouvert par
luette.

La fièvre n'a ni augmenté ni décru, mais les douleurs
sont exagérées, et elles ne sont pas toujours en rapport av
le degré apparent de la phlegmasie. La déglutition est de pl
en plus laborieuse; la salive collante, analogue par son aspe
au mucus sécrété dans la seconde période du coryza, s'aggl

ıe sur le voile du palais, sur la voûte palatine, etc., forme s tractus ou des faisceaux presque membraneux que le ma- le n'ose pas détacher par une secousse d'expuition.

Plus l'inflammation a gagné en étendue, plus les sensations uloureuses sont pénibles. Néanmoins les malades signalent xistence d'un foyer où la souffrance s'accumule et d'où elle mble irradier.

La parole est aussi entravée que la déglutition. Le timbre la voix est nasonnant par suite de la paralysie incomplète, ı voile du palais et de l'occlusion de l'isthme.

Du troisième au quatrième jour les symptômes ne varient ıe d'intensité, la fièvre est en général moindre, la céphalal- e, si elle existait, se dissipe.

La rougeur se déplace graduellement, elle abandonne peu peu la luette, le voile du palais à sa portion moyenne, et .mygdale, pour se concentrer au-dessus du pilier antérieur ıi reste congestionné, volumineux. Le phlegmon sus-tonsil- ire forme une saillie plus globuleuse, molle ou plutôt demi- sistante sous le doigt. On ne perçoit pas de fluctuation stincte; mais il faut reconnaître que les procédés de palpa- ɔn employés pour constater la fluctuation sont difficilement ɔplicables, et que la consistance d'une tumeur fluctuante se ıge mal sous la pression d'un seul doigt.

La membrane muqueuse qui revêt la portion tuméfiée, se épouille peu à peu de son épithélium, elle devient veloutée se recouvre souvent d'une exsudation, qui n'est peut-être ıe l'épithélium lui-même, infiltré ou soulevé mais ayant ɛssé de vivre.

Les choses restent ainsi pendant un espace de temps qui ıarie de un à quatre, cinq et même six ou sept jours. A ce mo- ıent l'abcès est formé, et sa durée dépend de l'état des parois ui s'opposent à l'évacuation du pus au dehors. Tout d'un ɔup l'abcès se rompt, et presque instantanément le malade prouve un soulagement qui équivaut à de la guérison.

Si la rupture a lieu pendant la nuit, le matin au réveil on éprouve plus de douleurs, et la portion tuméfiée, au lieu 'être tendue, est flasque, molle, dépressible : si elle se roduit

pendant le jour, le malade est averti par une saveur dé-
agréable et une sorte de détente locale. Rarement le phlegm
s'évacue d'un seul jet, de manière à projeter dans la bouch
un flot de liquide purulent, il se vide par secousses, dans l'e
pace de quelques minutes ou même de quelques heures.

L'ouverture par laquelle l'abcès a été évacué n'est presqu
jamais visible, quelque soin qu'on apporte à l'examen des pa
ties. Il est certain que le phlegmon s'ouvre à peu près inv
riablement, au point d'intersection des deux piliers, dans l
repli qui limite en haut l'amygdale. On en a d'ailleurs l
preuve lorsque le pus n'ayant pas été vidé rapidement, on l
voit sourdre sous la pression de la tumeur.

Avec l'évacuation de l'abcès finit la maladie, qui d'ailleu
était déjà en voie de décroissance partout ailleurs qu'au foye
Le malade peut immédiatement boire, parler, avaler des a
ments demi-liquides. La fièvre moins vive depuis deux jou
cède complétement, et la convalescence semble commen
aussi brusquement qu'avait paru commencer l'affection.

J'ai eu en vue, dans cette description, de donner un ty
du phlegmon moyen et de la forme la plus commune. Ce t
bleau serait insuffisant, si je n'indiquais les incidents,
complications et les anomalies possibles.

L'état général peut être plus compromis. La fièvre s'accc
pagne alors de divers états morbides et en particulier de d
ordres cérébraux. Le délire apparaît dès les premiers jou
avec tous les caractères du délire aigu, pour se dissiper
mesure que la fièvre décline. Le pronostic est moins favorab
quand le délire commence au moment où l'état fébrile s'e
sensiblement amendé. C'est un fait étrange, mais *positif*, qu
dans ces angines à brusque explosion, la secousse retent
souvent sur les centres nerveux. Est-ce à cause de la soc
daineté de la maladie? Est-ce parce que l'affection exerc
sur l'économie une vive influence et qu'elle n'est pa
une phlegmasie locale aussi simple, qu'il semble au
premier abord ? Je pencherais volontiers pour cett
dernière explication, et j'indiquerai plus loin les *raisons*
qui me portent à croire que le phlegmon sus-amygdalien

'est que la détermination d'une perturbation générale.

L'évolution dont j'ai donné la marche régulière peut offrir es anomalies. Il importe de rappeler que la maladie se com- ɔse de deux périodes distinctes : dans la première, la mem- ɾane muqueuse est seule affectée ; dans la seconde, le tissu ɨllulaire devient le siége de l'inflammation. De ces deux sta- ɛs le premier surtout est sujet à des irrégularités. La phleg- ɪasie des cryptes de l'amygdale, au lieu de durer un ou deux ɹurs, se prolonge ; la sécrétion des cryptes enflammées ɪange alors de caractère, elle se solidifie, prend une teinte ɛrdâtre ou même brune, elle contracte une fétidité spéciale, c'est seulement vers le septième ou le huitième jour que le ɪlegmon se dessine sous le voile du palais.

J'ai en ce moment dans mon service, salle Saint-André, ' 15, un jeune homme qui représente au plus haut degré ɨtte forme exceptionnelle. Les deux amygdales sont saillan- s, d'un rouge violacé, parsemées d'excavations profondes, en que le malade ne souffre pas d'angines habituelles. A ʻoite, la lésion est moindre ; à gauche, elle est caractérisée ɪr la présence de plaques de la dimension d'une pièce de ) centimes, au nombre de quatre à cinq, soulevées par les ɔrds, d'un vert sale. L'haleine est fétide, la salive visqueuse, déglutition très-douloureuse. Le malade souffrait de la gorge ɛpuis quatre jours, à l'époque de son admission.

A première vue, on croirait que les plaques sont déposées à surface de l'amygdale ; en les détachant, on constate qu'elles ɨ sont que l'épanouissement, pour ainsi dire, d'une excré- ɔn qui se produit dans les cryptes et qu'il faut, non pas les ulever, mais les extirper avec des pinces ou avec un stylet ɪi s'engage au fond des cavités ; ainsi dégagées, elles sont sistantes, d'une odeur infecte.

L'affection tonsillaire avait persisté sous la même forme ɨndant deux jours. Au sixième jour de la maladie, frisson ger, bien que la membrane muqueuse soit moins enflam- ée, apparition d'un phlegmon sus-amygdalien gauche, qui complit toutes ses phases en cinq jours et se termine par ppuration.

Ces exemples d'amygdalite intense et durable ne sont p
sans intérêt. Ils fournissent l'occasion de suivre exacteme
le mode de l'inflammation et d'en reconnaître le siége. (
voit, en effet, la phlegmasie circonscrite d'abord dans
cryptes profondes, et n'affectant que secondairement le
renchyme de l'amygdale. On s'explique ainsi que les phl
masies parenchymateuses si communes ne donnent pas l
à des abcès péri-amygdaliens ; que les irritants appliqués
l'arrière-gorge, altérant les surfaces sans pénétrer dans
profondeurs des cavités préservées de leur contact, ne soi
jamais la cause de phlegmons du tissu cellulaire. On ce
prend au contraire que les éruptions qui, comme l'herpès
développent aussi bien au fond des cryptes que sur la c
conférence de l'amygdale, puissent se terminer par un phl
mon, comme on l'observe dans des cas rares, sans être
solument exceptionnels.

Ordinairement l'angine phlegmoneuse sus-amygdalienne
unilatérale, et cependant il n'est pas de médecin qui n'ai
servé des phlegmons doubles. Dans ces faits, les deux ab
ne se développent pas simultanément, mais successivem
l'un étant déjà complétement formé quand l'autre comme
à apparaître. Si les phlegmons doubles sont rares, il est
règle au contraire que, même dans les abcès uniques, les d
amygdales soient atteintes à des degrés différents par l'infl
mation prodromique.

Comme la plupart des affections angineuses, les abcès s
tonsillaires ne sauraient être considérés comme de simp
accidents qu'aucun lien ne rattache à la santé générale.

Exceptionnels dans la première enfance, rarement obser
pendant l'adolescence, ils se développent surtout après la p
berté, au plus tôt de dix-huit à vingt ans, et souvent beaucou
plus tard. Un certain nombre d'individus, parmi ceux qui s
bissent la maladie, ne sont atteints d'angine phlegmoneu
qu'une fois dans leur vie. Chez d'autres, et peut-être est-ce
cas le plus fréquent, le phlegmon reparaît à plusieurs repris
avec une sorte de périodicité. Les rechutes se font à de lon
intervalles, et on peut dire qu'en général il s'écoule au moi

ne année entre deux crises successives. Les récidives se res-
mblent tellement que les malades sont parfaitement ren-
ignés par leur précédente expérience : ils savent la durée
obable, l'intensité et les suites de l'affection, dès les pre-
ières heures de son début. En pareil cas, le plus sage et le
us habile est d'accepter les renseignements qu'ils fournis-
nt, sous la réserve d'un contrôle direct.

L'aptitude aux phlegmons péri-amygdaliens se prolonge
us ou moins longtemps; d'ordinaire elle s'éteint au bout
un petit nombre d'années. On la voit cependant, chez quel-
ues sujets, persister presque indéfiniment. Les crises à pé-
odicité annuelle s'éloignent, il se passe plusieurs années
ns que l'affection se reproduise, et un jour, sans cause
nnue, même à un âge avancé, elle reparaît avec tous ses
ractères. J'ai vu une fois, une seule, une angine phleg-
oneuse survenir chez une femme âgée de plus de
xante-dix ans; mais je doute que le phlegmon fût aussi
nple que l'admettait le médecin qui donnait des soins con-
ius à la malade, et je n'ai pas été à même de suivre l'obser-
tion au delà d'une visite. Il est d'expérience que les phleg-
ons du voile du palais deviennent de plus en plus rares à
esure qu'on approche de la quarantaine, et encore ne les
serve-t-on guère à cet âge que chez ceux qui n'en sont pas
eur première attaque. On doit noter que si les accès s'éloi-
ent, ils perdent de leur fréquence sans rien perdre de leur
acité, et que les phénomènes généraux ou locaux, si lon-
e qu'ait été l'intermission, se montrent sous la forme qu'ils
ectaient lors des précédentes atteintes.

Cette parité, ou plutôt cette identité des symptômes est un
t curieux et instructif, surtout si on la rapproche de l'es-
ce de périodicité qu'affectent les rechutes. Un petit nombre
maladies inflammatoires ont de la tendance à se répéter
ec des accidents d'une si frappante uniformité: l'érysipèle,
pneumonie des gens qui ont passé la cinquantaine, etc.
utes les fois qu'on constate une semblable régularité, on
line à admettre que la phlegmasie n'est ni franche ni pri-
tive, et qu'elle s'est développée sous l'influence d'autres

états pathologiques dont on sait qu'ils sont sujets à ré
tition.

L'érysipèle périodique est presque toujours, sinon toujo
consécutif à une éruption insignifiante par elle-même, si
ficative par ses conséquences. La pneumonie périodiqu
des allures qui lui sont propres et qui l'éloignent, par
d'un côté, des pneumonies purement accidentelles; d
lement, nous ignorons à quelles prémisses il convient d
rattacher. L'angine phlegmoneuse, non-seulement ne fai
exception à cette règle de la pathologie générale, mais el
confirme, et, de plus, elle fournit les moyens d'assister de
aux deux phases de l'évolution.

Les abcès développés dans le tissu cellulaire du voisi
de l'amygdale se présentent dans les mêmes conditions
ceux qu'on voit apparaître dans d'autres régions. Lorsq
constate chez un malade l'existence d'un phlegmon aig
circonscrit du périnée ou de la marge de l'anus, lorsq
sait que l'individu a été déjà éprouvé par des accident
même ordre occupant le même siége, on peut affirmer qu'i
sujet à une affection éruptive. L'abcès ne se répète que p
que l'éruption se renouvelle.

L'angine phlegmoneuse suit le même processus. Elle
d'abord angine amygdalienne caractérisée par les lésion
la membrane muqueuse ou de quelques-uns des élément
la composent. C'est plus tard, et secondairement, que le
cellulaire est affecté et devient le siége d'une collection p
lente.

De même que les individus prédisposés aux petits abcè
périnée ont souvent des poussées eczémateuses qui, pe
tenses, passagères, n'ayant pas surtout l'appoint d'une in
tion extérieure, s'épuisent sans déterminer de phlegmon
même les individus prédisposés aux abcès du voile du p
ont souvent des angines simples, de courte durée et qui se
solvent sans entraîner d'autres conséquences.

Il résulte de ces données qui, comme toutes les noti
vraies, ont leur application pratique, que le traitement
l'angine phlegmoneuse comporte deux indications : d'

rt, il doit être préventif, c'est-à-dire approprié aux périodes ntermission; de l'autre, il doit être dirigé contre les symp- nes de la phlegmasie déclarée.

*Traitement.* Le traitement préventif consiste à combattre ;ivement les moindres irritations et à empêcher ainsi que la rge ne soit soumise à des fluxions qui créent une habitude. s amygdales sont affectées tout d'abord, et c'est sur elles que it porter l'attention. On ne saurait trop recommander aux ılades d'exercer sur eux-mêmes une surveillance persévé- nte à ce point de vue, et il est nécessaire qu'ils soient appelés ›articiper à leur propre observation. Si l'irritation paraît se veiller sous la dépendance de quelque autre trouble fonc- nnel : constipation, refroidissement des extrémités infé- ıures, menstruation laborieuse, on s'appliquera à rétablir ıtégrité de ces fonctions. Si le malaise paraît essentiellement ;al, on lui opposera des gargarismes astringents répétés, s cautérisations légères, l'application réglée, suivant la mé- ›de hydrothérapique, du froid autour du cou. La difficulté ;st pas de trouver des remèdes efficaces, mais d'obtenir 'ils soient employés en temps utile et patiemment renou- lés. L'angine phlegmoneuse est une maladie si pénible que ui qui l'a traversée consent assez volontiers à l'usage d'un ıitement si simple, quand on lui a remontré qu'il a chance conjurer ainsi l'imminence d'une rechute.

Le traitement actuel se réduit à une intervention restreinte. mal, une fois déclaré, est de ceux qu'on n'arrête pas dans ır marche, et la seule méthode vraiment pratique est de ;rcher à soulager en éloignant la prétention de guérir.

En partant de l'idée erronée que le phlegmon du tissu cel- aire sus-amygdalien est dû à une inflammation essentielle ›rimitive, on a été conduit à employer énergiquement les ›yens qu'on supposait propres à juguler la phlegmasie dès premières phases. Les émissions sanguines locales ont été ıtiquées et le sont encore par plus d'un praticien. Les cata- smes résolutifs, les purgatifs mercuriels ont été mis en ıge. L'expérience a prouvé de reste que cette thérapeutique

mal motivée n'avait pas même l'excuse de l'empirisme. Pl
les antiphlogistiques sont actifs, plus ils sont nuisibles.
mal, au lieu d'accomplir son évolution en quelques jours,
prolonge, et la convalescence n'a plus la rapidité qui la ca
térise quand l'affection a été abandonnée à elle-même.
malades, instruits à leurs dépens, s'insurgent contre l'e
de zèle de leur médecin; et quand ils ont fait l'épreuv
l'expectation, en regard de la médecine réputée curative.
choix est impérieux.

Une raison, cependant, semble motiver la méthode a
phlogistique, et c'est en effet celle qu'on invoque le plus s
vent pour la justifier. L'angine a atteint toutes les pa
molles de l'isthme, les amygdales se touchent, le voil
palais est épais et abaissé, la luette est œdémateuse, et je
vue plus grosse que le pouce; le malade ne peut ni boi
avaler sa salive, le nez lui-même est sec, la respiratio
anxieuse, la poitrine se soulève avec effort, la suffocati
imminente, souvent même elle éclate par accès effray
L'angoisse se traduit sur le visage du malade, les yeux
saillants, injectés, la face bouffie, les lèvres ardentes et
flées; la crainte s'en mêle, quelques accidents nerveux v
nent aggraver le malaise. Est-il permis de rester spect
d'une souffrance dont je n'exagère pas le tableau? Non.
est-il plus permis de s'abuser en espérant des émissions
guines un soulagement qu'elles n'apporteront pas?

D'abord, c'est un fait consolant que la suffocation pro
par l'angine phlegmoneuse reste à l'état d'imminence et
est plus terrifiante par ses apparences que dangereu
fond.

Je me rappelle avoir été une fois appelé, au milieu
nuit, pour un jeune garçon que je savais atteint d'une a
phlegmoneuse et qui avait été pris, me disait-on, d'une
cation qui touchait à l'asphyxie; je trouvai, en effet, le m
dans un état d'indicible anxiété, bien que l'isthme fût e
perméable et que la respiration eût son ampleur norm
Réveillé en sursaut pendant un cauchemar fébrile, ce
homme était convaincu qu'il allait mourir: il se frott

cou convulsivement comme pour enlever l'obstacle qui le gê-
nait, et, dans son sommeil éveillé, il demandait qu'on lui
ouvrît la gorge pour lui permettre de respirer. La crise céda
sous mes yeux à l'emploi de la glace et à la promesse d'un
vomitif qui ne fut pas administré.

En supposant que la dyspnée prenne des proportions vrai-
ment inquiétantes, c'est au traitement topique et non pas aux
sangsues appliquées sur le cou qu'il faut recourir.

La médication topique, dans les cas de moyenne intensité,
se réduit à des gargarismes. Les malades préfèrent les garga-
rismes froids par un instinct qui les abuse. Les solutions
chaudes leur sont plus favorables. Ils recherchent également
es liquides non mucilagineux, tandis que les mucilages leur
rendent de meilleurs services. Les gargarismes les plus utiles
doivent avoir pour excipient une solution mucilagineuse insi-
pide ou édulcorée avec quelque sirop acidulé. Le miel qu'on
mploie ordinairement a l'inconvénient de donner à la langue
t à l'arrière-bouche une certaine âpreté qui empêche l'écou-
ement déjà difficile de la salive.

On s'est demandé jusqu'à quel point il convenait de recou-
ir de bonne heure à la ponction de l'abcès, et la question a
té diversement résolue. Si on se propose de donner issue au
us, l'opération satisfera rarement à l'indication. Le plus sou-
ent, la ponction ne donne qu'un peu de sang, et l'abcès ne
'ouvre pas même, le lendemain ou le surlendemain, au point
onctionné. Si, au contraire, on a pour but de dégager les
arties par une scarification, il est incontestable qu'on réus-
t à procurer un soulagement qui n'est pas sans importance.
u moment qu'il s'agit de scarifier sans évacuer le foyer, une
eule ponction est et doit être insuffisante. Je n'hésite pas,
our ma part, lorsque la tension des parties est énorme, que
a gêne de la respiration et de la déglutition est considéra-
le, à pratiquer avec la pointe d'une lancette plusieurs mou-
ietures. On diminue ainsi l'œdème du voile du palais et de
luette, et on hâte la terminaison de la maladie. La quantité
e sang qui s'écoule est insignifiante; mais, que ce soit par
fait de l'émission sanguine ou par toute autre raison, il s'en-

suit un mieux appréciable. Je ne pense pas, néanmoins, qu
les scarifications soient à conseiller avant le quatrième ou l
cinquième jour. Je les ai essayées sans profit à une périod
moins avancée, chez des malades impatients qui réclamaien
une intervention plus visiblement active que les simples ga
garismes.

Les vomitifs ont été particulièrement recommandés et i
sont, en effet, d'un bon usage. La secousse qu'ils détermine
loin d'augmenter la douleur de gorge, l'atténue, et souve
même la fait disparaître pour quelques heures. A l'inver
des scarifications, ils réussissent mieux près du début qu
dans la seconde phase, bien que d'ordinaire ils soient surto
employés avec l'espoir de hâter l'évacuation de l'abcès.

Le régime est commandé par l'impossibilité d'avaler, et
n'est pas un des moindres motifs qui appellent souvent l
délire et l'insomnie, que l'inanition obligée. Il y a tout pr
à insister sur l'utilité d'une alimentation liquide. Le bouill
est mal toléré, mais le lait convient à la plupart des malad
et constitue, en dehors de l'alimentation, une lotion ca
mante.

La convalescence se déclare avec une telle soudaine
quand elle n'a pas été troublée ou ralentie par une me
cation intempestive, qu'elle ne réclame aucune surve
lance.

Cependant, chez quelques malades, l'inflammation qui s'
propagée aux parties voisines a pour conséquence une par
lysie du voile du palais. Sous ce rapport, l'angine phlegm
neuse ne se distingue pas des autres formes d'angine aig
qui peuvent déterminer le même accident. En dehors de
paralysie, je n'ai pas eu occasion de constater de lésions loca
durables. On voit plus souvent, surtout chez les adolescen
la maladie entraîner une déperdition des forces qu'on n'av
pas lieu d'attendre, et qui tient à l'âge des malades plus e
core qu'à l'intensité de l'affection.

J'ai vu, chez un malade en traitement à Necker (salle Sain
André, 2 mars 1867), le phlegmon péri-amygdalien survenu
à la suite d'une phlegmasie tonsillaire être suivi d'un abcè

sous-cutané siégeant au-devant du corps thyroïde, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. L'abcès fut ouvert au cinquième jour; il contenait une notable quantité de pus, et guérit rapidement. Je ne saurais dire s'il y avait entre les deux abcès d'autre relation que celle d'une simple coïncidence.

Le phlegmon sus-amygdalien que j'ai décrit comme la conséquence d'une phlegmasie spéciale des cryptes tonsillaires, est exempt de gravité. A ce titre, il importe de le distinguer des affections phlegmoneuses qui peuvent occuper le même siége, mais qui se rapprochent du phlegmon diffus et qui sont loin d'avoir une égale bénignité.

Il arrive que sous l'influence d'une profonde altération de la santé, on voit apparaître, dans le tissu cellulaire qui confine à l'amygdale, une tumeur rénitente moins circonscrite, beaucoup moins douloureuse et qui répond à un foyer purulent mal limité. Le malade éprouve de la peine à déglutir, mais les parties voisines ne sont pas franchement enflammées; la pression du doigt n'éveille pas de vives souffrances; la lésion n'a pas eu d'avertissement solennel à son début, et elle est survenue incidemment dans le cours d'une maladie généralisée.

C'est surtout à la suite des fièvres éruptives, de la rougeole et de la scarlatine maligne que se forment ces abcès à diffusion rapide, qui n'avertissent pas de leur apparition et sont ordinaire méconnus dans leurs commencements. Quelquefois une angine simple en apparence, en voie de guérison, mais qui s'est montrée dans le cours de maladies septiques, fourni la première occasion. La suppuration s'étend dans le tissu cellulaire; elle décolle les parties où elle passe; elle se propage au loin, entraînant le sphacèle des portions qu'elle envahit, s'accompagnant d'hémorrhagies qui peuvent être presque foudroyantes et aboutissant fatalement à la mort.

Le phlegmon diffus du tissu cellulaire de la gorge ne s'observe guère que chez les jeunes enfants. Il est extrêmement rare chez les adultes, même dans les pires épidémies, bien qu'on en trouve dans les auteurs des observations trop incon-

testables. Je n'ai eu l'occasion de l'observer qu'une seule fois, et j'avoue n'avoir pas deviné l'imminence d'un si grand péril. J'ai pu recueillir avec une recherche attentive un petit nombre de cas, que je ne crois pas utile de relater ici. Le phlegmon diffus était survenu à la suite de variole, d'autres fièvres éruptives, dans le cours de la fièvre thyphoïde, une fois pendant l'éruption d'une dent de sagesse, il s'était étendu tantôt en hauteur vers la trompe d'Eustache, tantôt en profondeur vers l'angle de la mâchoire, et était devenu la complication finale de la maladie dont il ne représentait qu'une des localisations. C'est à cette forme d'abcès qu'il convient de rattacher une partie des cas de gangrène de la gorge, et en particulier les gangrènes envahissantes à marche dite phagédénique.

II. AMYGDALITE. — L'amygdalite phlegmoneuse diffère de la péri-amygdalite phlegmoneuse, en ce que, comme le nom l'indique, l'abcès a lieu dans le parenchyme même de l'amygdale et non pas dans le tissu cellulaire du voisinage. Cette espèce, quoique fréquemment observée, reste assez ordinairement méconnue.

Un individu jeune, sujet à des maux de gorge, se plaint d'une angine qui ne diffère en rien, suivant lui, des indispositions qu'il a déjà éprouvées. La fièvre est moyenne, la douleur modérée. A l'examen direct, on constate une rougeur diffuse de la gorge, plus marquée sur une des deux amygdales qui s'est augmentée de volume. Pas d'éruption caractéristique. L'angine a les apparences des angines rhumatismales ou érysipélateuses au début, avec cette différence que la lésion s'est concentrée sur une des amygdales. La maladie reste à peu près stationnaire pendant deux ou trois jours. L'état des parties affectées secondairement s'améliore, la déglutition est plus facile, la fièvre moindre, mais l'amygdale ne s'est pas notablement modifiée. On admet alors l'existence d'une amygdalite simple, à résolution spontanée, maladie plus rare que l'on n'incline à le croire, et qui cependant figure en général au premier plan des affections angineuses.

Cependant, le malade ne se sent pas mieux; il conserve un mouvement fébrile peu intense, mais persistant.

A partir de ce moment, la maladie peut s'engager dans leux directions : l'une qui représente ce qu'on appelle comnunément l'amygdalite aiguë; l'autre, qui se terminant par in abcès, répond au type de l'amygdalite phlegmoneuse prorement dite.

Dans le premier cas, les symptômes généraux deviennent, peu de chose près, les mêmes que ceux de l'herpès guttural. a fièvre s'avive après être restée, comme je l'ai noté, stationaire pendant les deux premiers jours; la céphalalgie est plus énible, la langue plus sèche, la santé plus éprouvée. La déglution est de plus en plus douloureuse. Pendant le sommeil, gorge se dessèche assez pour que le malade ne pouvant pas spirer s'éveille en sursaut; mais cette dyspnée momentanée, ssipée par une gorgée de boisson, n'a rien de l'asphyxie parente des péri-amygdalites.

L'amygdale, notablement tuméfiée et dont les dimensions raissent énormes par comparaison avec l'amygdale du côté in, est d'un rouge foncé, chaude, très-douloureuse à la ession. Les parties voisines sont également ardentes; la ette est œdémateuse, ou plus rarement allongée et appoin- ; ni la bouche ni même le pharynx ne semblent participer l'inflammation. Chez quelques individus, et en vertu d'une position assez inexplicable, l'amygdale fait à peine saillie ns la gorge; mais en palpant le cou, on la sent globuleuse, nsidérablement développée, et la pression de dehors en dans cause une vraie souffrance.

Du quatrième au sixième jour, les phénomènes locaux et néraux s'amendent brusquement; deux jours plus tard, la re a cédé; l'amygdale tend à reprendre avec une rapidité gulière ses dimensions et sa coloration normales; la malaest guérie.

Il est probable que l'inflammation phlegmoneuse n'a pas assé sa première phase, et que, comme on dit, l'abcès a rté.

Néanmoins toute phlegmasie tonsillaire, aiguë, si peu ac-
centuée qu'elle soit, retentit sur le tissu cellulaire des parti
voisines et sur la membrane muqueuse. Si celle-ci a été viv
ment atteinte, on voit ou du coryza ou de la laryngite tra
currente succéder à la maladie pour s'éteindre bientôt sou
l'influence favorable de simples précautions. La convale
cence, beaucoup plus rapide qu'à la suite de l'herpès ou de
autres éruptions des amygdales, n'est jamais entravée ou p
une paralysie du voile du palais ou par quelque autre de
complications que j'ai signalées.

Dans le second cas, même état général jusqu'au quatriè
jour; le malaise est seulement plus accusé; la prostrati
plus grande se traduit surtout par une somnolence d'une ce
continuité. Au cinquième jour, qu'on pourrait presque no
mer le jour critique des angines aiguës, rien n'est moi
sauf la douleur qui paraît plus tolérable; l'amygdale gar
sa rougeur et ses dimensions. Si l'état local se prolonge ai
sans variation encore pendant vingt-quatre heures, on p
affirmer qu'on n'évitera pas un abcès déjà formé.

Seulement, les collections purulentes qui se produisent
surface des membranes muqueuses, et surtout dans le par
chyme des amygdales dont la structure anatomique est to
particulière, sont loin de suivre toujours un même m
d'évolution.

Tantôt le pus se rassemble au bord d'une crypte dont l'o
uniloculaire n'est bientôt séparé que par une mince p
On voit alors la cavité s'enflammer; une mucosité blanch
sécrétée en plus ou moins grande abondance, vient app
tre à l'orifice de la crypte et désigne le point où l'abcè
tardera pas à s'ouvrir.

Tantôt l'abcès se forme dans un des ilots de l'amygdal
comme il est plus profond, l'évacuation en est plus tar
La fièvre a disparu; l'arrière-gorge a repris à peu près sa
ration et sa température; le malade continue cependant
plaindre de ce que la déglutition demeure pénible m
l'aspect plus satisfaisant de la gorge. Les choses peuvent d

ın cet état pendant près d'une semaine, laissant le médecin ndécis sur la nature de l'indisposition. Un matin le malade e réveille guéri. L'abcès qui s'était formé dans la profondeur le l'amygdale s'est ouvert spontanément laissant l'organe amolli, dépressible et d'un rouge violacé.

Lorsque le phlegmon occupe un des points de la circonféence de l'amygdale, il est reconnu moins tardivement; mais es abcès superficiels de petite dimension sont rarement des hlegmons proprement dits; ils représentent plutôt des pusules d'un volume exagéré développées dans la cavité d'un ollicule.

D'autres fois le phlegmon procède à la manière d'un furonle. La douleur persiste immobile et tenace; le volume de 'amygdale ne se réduit pas; la gêne pour avaler ne s'amoinrit pas davantage; le pus est évacué peu à peu sans profit mmédiat. Ce serait le cas de pratiquer une large incision; nais le siége reste souvent indistinct, et on ne saurait se figuer à quel point il est difficile de se rendre compte des dimenions d'un abcès quel qu'il soit, développé dans un organe nomentanément hypertrophié, congestionné et d'une consisance sans analogues.

Dans quelques circonstances encore plus exceptionnelles, a suppuration paraît s'être disséminée dans le tissu cellulaire le l'amygdale en déterminant ainsi une sorte de phlegmon liffus tonsillaire.

Une portion de l'amygdale se sphacèle alors et se détache omme le bourbillon d'un anthrax. Il reste une cavité béante lont on voit distinctement les parois tomenteuses verdâtres, ecouvertes par une des exsudations qui se forment si aisénent dans ces régions, exhalant une odeur plus ou moins étide.

Cette forme d'abcès représente une autre portion des gan;rènes de la gorge, qui ne tendent pas à se propager et pour esquelles la guérison est la règle. Il suffit en effet de quelques autérisations avec le nitrate d'argent ou la teinture d'iode our que la réparation s'effectue, si tant est qu'elle ne se roduise pas spontanément.

Les abcès tonsillaires ne sont et ne peuvent être l'objet d'aucun traitement, si ce n'est dans les cas très-exceptionnels où ils acquièrent des proportions considérables. Le plus souvent on ne songe même pas à les ouvrir parce que, dût-on en avoir soupçonné l'existence, on en ignore le siége exact. Ils n'ont pas en général d'autre inconvénient que leur durée, et bien qu'on ait vu des hémorrhagies survenir à leur suite, c'est une si rare complication qu'il n'y a pas lieu de la prévoir.

# ANGINE DIPHTHÉROÏDE

Mon intention n'a jamais été de consacrer un chapitre de
livre à l'histoire du croup et de la diphthérie. Il m'eût paru
ıs nuisible qu'utile de traiter épisodiquement d'une mala-
: qui a épuisé les efforts de tant d'observateurs et qui a
ırni la matière de tant de recherches importantes. Où un
ume ne suffirait pas, un chapitre, si développé qu'il soit,
'ait d'une condamnable insuffisance.
'ai cru cependant avoir le droit et presque le devoir de dé-
her de la diphthérie l'angine diphthéroïde, d'en exposer les
ncipaux caractères et de donner la sanction d'une étude
ɔique à cette variété qu'il me semble nécessaire d'envisa-
· isolément.
'indiquerai plus loin le rapport de l'angine diphthéroïde
:c les angines diphthériques proprement dites; mais peut-
e convient-il, avant de formuler un jugement, de résumer
les considérants qui le motivent.

. Sans remonter jusqu'aux origines de l'histoire du croup, et
se bornant à ce qu'on appellerait les recherches contempo-
ıes, on peut prendre pour point de départ la monographie
Home, qui date de la fin du dernier siècle (1765).
'our l'illustre médecin d'Édimbourg, le croup est produit
une membrane blanche résistante déposée sur la trachée
aquelle elle n'adhère pas, sans ulcération sous-jacente.
ɔique cette fausse membrane soit formée par le mucus ou
ymphe du sang que les glandes sécrètent en excès, sous
fluence des causes qui engendrent tous les catarrhes, elle
pathognomonique. D'elle dérivent tous les accidents, de-
s la fièvre jusqu'à l'enrouement et à l'asphyxie.

Il n'existe ni croup spasmodique, ni croup inflammat ni œdème de la glotte, ni catarrhe qu'on soit autorisé à fondre avec l'affection croupale. Dans les cas où la f membrane fait défaut, la dyspnée et l'asphyxie peuvent venir, mais jamais le croup.

Ainsi se trouva déblayé le terrain pathologique; un fut substitué à des symptômes diversement interprété complexus des accidents laryngés réunis sous un no convention, fut remplacé par une maladie.

Il faut bien reconnaître que le concours ouvert par de Napoléon, le 4 juin 1807, contribua plutôt à obsc qu'à dégager la notion du croup. La science encouragé jugée par la commission avec une sévérité à peine ado dans les termes.

La dyspnée et la suffocation restèrent, pour les concur favorisés, les éléments essentiels, et le diagnostic differe continua à se compliquer de toutes les affections à car suffocant. Ce n'était pas qu'on méconnût l'existence ou l'importance de la production pseudo-membraneuse, elle était volontiers reléguée au second rang, tantôt co une complication, tantôt comme une forme ultime ou un gré supérieur de l'affection.

Bretonneau, guidé par l'étude ingénieuse et profond inflammations spécifiques du tissu muqueux, reprit avec d'autorité le travail de Home auquel il est regrettable n'ait pas rendu plus ample justice. Il fonda, sur l'*inflam tion pelliculaire*, l'espèce qu'il a décrite avec un si merve talent qu'elle s'est implantée dans la science pour n'en jamais disparaître.

Maintenu dans le vrai par l'observation persévérante grande épidémie de Touraine, Bretonneau n'eut qu'un ce fut de condenser tous les possibles du croup da faits dont il était le témoin et de ne pas assez recon que le type souffre des déviations suivant les formes épi ques ou les dispositions individuelles.

Le traité de la diphthérite n'est rien moins qu'un méthodique; Bretonneau y raconte ses impressions au

nesure qu'elles se produisent, et l'auteur des derniers cha-
res n'est plus l'écrivain des premiers paragraphes, bien
e cinq années seulement se soient écoulées entre le Mé-
oire sur la phlegmasie diphthérique et la description de
pidémie de Chenusson.

Avec les hommes supérieurs, la tradition, plus sûre d'eux
'ils ne l'étaient eux-mêmes de leurs observations, n'ad-
t ni hésitations ni incertitudes. Elle leur suppose une
trine absolue, et, à cette doctrine, elle impose une formule.
Trousseau, qui a tant contribué à l'avancement de nos con-
ssances sur la pathologie et le traitement du croup, et au-
l on ne saurait payer une trop large dette de reconnais-
ce, devança pour Bretonneau la tradition. Il affirma, au
n du maître et du sien, la spécificité absolue de l'inflam-
ion diphthérique. Le croup pouvait avoir des degrés, mais
ait un, toujours identique à lui-même, ou plutôt il n'exis-
qu'une diphthérie, comme il n'existe, pour prendre une
paraison qui lui était familière, qu'une espèce végétale
s chaque dénomination spécifique.

s'en fallait de beaucoup que le maître eût été si résolu.
ès avoir déclaré que la gangrène scorbutique des gencives,
roup et l'angine maligne ne sont qu'une seule et même
ce qui diffère d'aspect suivant les fonctions de l'organe
té, il abandonne son idée et n'en reparle plus.

us tard, la fausse membrane dont il suit l'évolution de-
la première tache lichenoïde de l'amygdale ou du voile
alais, résume toute la maladie. Plus tard encore, inves-
eur sagace, mais mouvant comme tous les observateurs
êtes, il s'attache à l'ulcération sous-jacente que Home
niée et la comparant à l'*ulcus ægyptiacum* ou à l'ulcère
ilitique, il se demande jusqu'à quel point la pseudo-mem-
e n'est pas seulement une phase ou plutôt un produit de
ération.

tte spécificité flottante est trop bien d'accord avec les en-
ements de la médecine pour qu'elle ne côtoie pas au
s la vérité.

puis lors, l'unité de la diphthérie a été plus souvent ac-

L'ensemble de l'arrière-gorge est à peine d'une coloratio plus ardente, la paroi postérieure du pharynx n'offre rien particulier, et les plaques rouges, tomenteuses, de dimensi variable qui occupent exclusivement l'isthme du gosier, so d'autant plus évidentes que les parties environnantes so moins affectées.

Quelque sollicitude qu'on y apporte, on ne réussit jamai surprendre la fausse membrane en voie de formation : ou e n'existe pas encore et la membrane muqueuse a les apparen que je viens d'indiquer, ou on aperçoit une pseudo-membra déjà saillante, épaisse, occupant un espace de plusieurs m limètres de diamètre. Il est certain que la production pseu membraneuse se fait avec une grande rapidité, non-seulem au début mais pendant tout le décours de la maladie. S peut admettre que le premier examen ait été tardif, il n est plus de même quand, l'affection étant déclarée, on exe une surveillance assidue. Or, il suffit de quelques heures p qu'on constate sur des points jusque-là préservés, la prése d'une fausse membrane de dimension et d'épaisseur relati ment considérables.

Cette formation rapide est importante à noter parce qu devient un des éléments du diagnostic. Les fausses me branes sont d'emblée trop étendues pour qu'on veuille confondre avec les productions couenneuses, ponctuées petite dimension des angines éruptives, on incline plut admettre l'existence d'une diphthérie croupale. Entre ces d erreurs, la dernière serait assurément la moins préjudicia

Une fois développée, la fausse membrane, unique au co mencement, gagne en espace ; elle envahit successivem les parties voisines, affectant les formes les plus divers étalée ou serpigineuse, cheminant le long du bord libre voile du palais ou revêtant la luette, les piliers, les am dales. Son parcours est marqué d'avance par la roug tomenteuse qui avait précédé les fausses membranes et continue à leur préparer, pour ainsi dire, le terrain.

D'autres fois, les foyers pseudo-membraneux sont m tiples, plusieurs plaques apparaissent en même temps

nissent ou non par se rejoindre. Dans cette seconde forme, omme dans la première, les fausses membranes ont pour ntécédent la rougeur avec turgescence de la membrane ıuqueuse. En apportant une suffisante attention à l'examen, ı ayant soin de bien laver préalablement la bouche du ıalade, on arrive souvent à prévoir l'extension probable et ı forme de la lésion locale.

C'est à tort qu'on chercherait dans une description minueuse de la fausse membrane l'élément exclusif du diagnostic. à comme toujours, il importe de tenir compte de l'ensemble es phénomènes généraux et locaux. Cependant et sous ɜs réserves, la couenne diphthéroïde a un aspect particulier ifficile à représenter, mais assez reconnaissable. La mem·ane est épaisse; opaline plutôt qu'absolument opaque, elle a ar places et rarement dans toute son étendue, l'apparence ɜ la fibrine, demi-translucide, rosée. Tant qu'on l'observe lhérente à la membrane muqueuse, elle semble d'un blanc at; lorsqu'on la détache au contraire, soit qu'on l'étale sur ı corps métallique, soit qu'on la dépose dans l'eau, elle se stingue de la membrane croupale proprement dite par une us grande transparence.

A l'inverse des dépôts pultacés, elle est extrêmement adhénte, on ne l'arrache que par lambeaux avec l'aide d'une nce et encore faut-il y mettre une certaine persévérance. ı la voit rarement frangée et soulevée sur ses bords qui ne nt pas moins solidement fixés que le centre.

A quelque date de la maladie qu'on essaye de l'enlever, le garde une ténacité à peu près égale. Sa couleur n'est pas us modifiée que sa consistance. Presque jamais elle ne brunit, se ride ou ne prend l'aspect gangréneux. Il est probable ıe la déglutition des liquides ou de la salive en déterge nstamment la surface.

L'extirpation de la couenne avec les pinces laisse voir une rface granuleuse d'un rouge vif et donne toujours lieu à ıe petite hémorrhagie. Ce dessous est surtout manifeste and la luette étant encapuchonnée on réussit à enlever, ın seul effort, la totalité du capuchon couenneux. On com-

prend qu'une fausse membrane ainsi constituée ne se déch pas aisément, elle ne se laisse pas écraser davantage lorsqu l'a détachée ; on peut la rouler entre les doigts, elle repr sa forme et son volume dès qu'on la rejette dans de l'eau.

A mesure que la maladie s'éloigne de son début, les fau membranes envahissent un plus large espace. Lorsqu'o laissé le mal à son libre progrès, on peut trouver, après ou six jours, toute la gorge tapissée : la luette, les amyg les piliers, une portion du voile du palais et le phar La limite est tracée en avant par celle du voile du pa que jamais elle ne dépasse pour s'étendre sur la voûte p tine. Sur les côtés, elle ne s'étend pas davantage au de piliers antérieurs. En arrière, elle remonte le long du du palais, à une hauteur impossible à déterminer et pe propager, si on en juge par les symptômes, dans les f nasales. Elle n'apparaît que plus rarement et surtout tardivement sur la partie postérieure du pharynx, et n s'y étale que dans les formes graves.

La maladie se prolonge ainsi sans grandes variatio cales, durant des jours tout au moins, et presque tou des semaines. De toutes les angines aiguës, excepté la sy litique, c'est certainement la plus durable. Cependant regardant de plus près, on voit que l'affection procè accès. Il y a des demi-journées ou des journées de sus sion, puis la production couenneuse semble reprend surcroît d'activité. Les malades en sont d'ailleurs averti leurs sensations. A des intervalles de calme relatif succ des poussées de douleur et de chaleur. Il s'en faut q déglutition soit toujours également facile ou pénible.

Les symptômes locaux varient d'ailleurs suivant la t cation. Si on se borne à des gargarismes ou même à de térisations, la modification thérapeutique reste insigni ou atténue à peine l'évolution de la lésion. Il en est a ment quand on s'obstine à arracher les fausses memb plusieurs fois par jour. La gorge est plus douloureus cette extirpation n'a pas lieu sans quelque souffrance, la production couenneuse ne s'étale plus en nappe. On

rait qu'elle s'épuise sur les points où on en a troublé le développement. Au lieu d'une masse unique, on aperçoit des foyers qui probablement ne tarderaient pas à se rejoindre.

Non-seulement on gagne à ce procédé d'accélérer la guérison, mais on obtient une mesure plus exacte de la décroissance ou de l'aggravation de la lésion ; on sait presque, heure par heure, la quantité de fausse membrane produite, les couches plastiques ne se déposant plus les unes sur les autres, mais apparaissant sur des surfaces dénudées.

Pendant le stade d'augment ou la période stationnaire, l'état général se modifie lentement. La céphalalgie, au lieu d'être continue, devient rémittente et finit par disparaître. La fièvre et l'état fébrile s'exagèrent vers le soir pour se calmer le matin. Les nuits sont assez tranquilles, et le sommeil est plus ou moins interrompu, suivant que la gorge est plus ou moins sèche. Les malades ronflent d'un timbre particulier.

Dans le jour, ils se plaignent d'une fatigue croissante, d'un goût désagréable dans la bouche, d'une soif très-modérément exigeante. Ils pâlissent et n'ont que par accès la coloration brile. L'ensemble répond à une maladie chronique subguë, plutôt qu'à une maladie aiguë inflammatoire. La langue reste sale, souvent sèche.

Il est d'exception que les ganglions sous-maxillaires ne aient pas affectés; douloureux dès les premiers jours, ils viennent de plus en plus de volume et gênent les mouvements de la mâchoire. Les sensations douloureuses s'étendent à tout le pourtour du cou et amènent une certaine roideur de la nuque.

Vers la fin du premier septénaire, si l'affection doit être de courte durée, plus tard, si elle est destinée à se prolonger, il survient quelques incidents plus importants par leur signification qu'inquiétants par leur gravité réelle. D'une part, la lésion se propage dans le nez; de l'autre, elle s'étend au larynx. Dans le premier cas, on constate de la surdité et des douleurs d'oreille; dans l'autre, de l'enrouement.

J'ai eu soin, en donnant la caractéristique générale de l'an-

gine diphthéroïde, d'indiquer qu'elle diffère essentiellem du croup, en ce qu'elle épargne le larynx et ne dépasse l'épiglotte. La laryngite, que je signale comme un épiphé mène presque constant ne contredit pas la règle. On c prend que ce n'est pas sans appréhension qu'on voit ap raître la raucité de la voix, la toux éteinte et un peu dyspnée dans le cours d'une maladie qui a, avec le cr tant d'affinités. L'événement ne justifie pas ces appréhensi L'inflammation secondaire du larynx n'est qu'une phlegm simple, sans production de fausses membranes, comme il facile de le constater directement par un examen laryn copique rapide, le seul que les malades tolèrent. L'épig est rouge, parfois œdématiée ; les cartilages arythéno-épi tiques sont enflammés; mais là s'arrête la lésion. L'eur ment dure de deux à trois jours; la toux, peu intense, s'é et la dyspnée n'augmente pas de proportions, sauf dans cas exceptionnellement graves.

Il en est de même de la phlegmasie secondaire de la trom d'Eustache, beaucoup plus fugace que dans d'autres for d'angine, et qui cède d'elle-même sans traitement.

Lorsque la maladie a pris un cachet de malignité, fausses membranes peuvent remonter dans la portion palatine du pharynx, s'étendre dans les fosses nasales même devenir visibles à l'orifice des narines.

L'inflammation ainsi propagée, qu'elle soit simple ou cifique, a pour conséquence presque nécessaire des épis parfois très-abondantes, et qui constituent alors une complication. Si la membrane muqueuse nasale n'est atte que dans une portion peu étendue, l'hémorrhagie n'a d'importance. On est en droit, néanmoins, toutes les qu'une quantité de sang, si petite qu'elle soit, est rendue le nez, de conclure à l'extension de la phlegmasie, et c'est avertissement qui doit engager à diriger sa surveillance ce côté.

D'autre part, les pseudo-membranes peuvent descendre long de la paroi postérieure du pharynx qu'elles revêtent tout ou en partie, s'étaler dans le cul-de-sac rétro-épiglottiq

ccuper les bords ou la face supérieure de l'épiglotte, sans 'étendre sur sa face inférieure. Bien que dans ces conditions es fausses membranes n'entravent pas mécaniquement la erméabilité du conduit aérien, l'inflammation secondaire on spécifique irradie autour du foyer et s'étend dans la trachée isqu'aux bronches, sinon jusqu'aux vésicules pulmonaires. lle devient alors une complication périlleuse.

L'état général ne fournit que des indices insuffisants, et ;tat local donne mieux la mesure de la décroissance de la aladie. Les fausses membranes se renouvellent moins vite, s points qu'elles occupaient reprennent leur aspect normal. ı rougeur de la gorge diminue et surtout se circonscrit vantage. Peu à peu, mais toujours lentement, les fausses embranes disparaissent, et les dernières qui persistent ne 'fèrent pas sensiblement de celles qu'on observait au début. La guérison, si tardive qu'elle soit, est de règle. Lorsque la ladie aboutit à une terminaison fatale, c'est par ses suites ıon pas par elle-même qu'elle compromet la vie.

'out n'est pas fini, en effet, avec la disparition des fausses mbranes. Si le malade, et c'est le cas le plus habituel, est 'âge de l'adolescence, la gorge une fois guérie, la fièvre nitivement éteinte, il reste dans un état de débilité prouve à quel point était profonde l'atteinte qu'il vient subir. Il est pâle, anémique d'aspect, incapable de se tenir les jambes. La réparation est surtout ralentie par le dét parfois invincible que les enfants éprouvent pour toute ıentation. La salive est visqueuse, d'une saveur désable, l'appétit nul ; ni les lotions, ni les gargarismes ne lifient rapidement l'état de la bouche. Il se peut que cette ralescence se prolonge, sans progrès manifestes, pendant semaines; chez les adultes, la perturbation est, ou beaucoup plus réduite, ou, au contraire, beaucoup plus grave. A ;ine succède un état de cachexie qui ouvre l'accès à d'aulésions ou qui persiste avec une ténacité dont on ne préit pas la durée.

i choisi, pour les reproduire, deux observations qui peuservir de types : l'une représente un cas d'une intensité

moyenne et de la forme la plus commune; l'autre répon
l'espèce maligne qui offre d'ailleurs de nombreuses varié
individuelles. On trouvera dans les traités et les monog
phies consacrées à l'histoire du croup beaucoup de faits d'a
gine diphthéroïde plus ou moins exactement décrits; on
rencontrera très-peu qui aient été publiés à titre d'espè
distinctes, ayant des caractères propres :

1° Mademoiselle G... est âgée de seize ans, grande, élan
Les règles sont régulières, quoique de courte durée, et
abondantes. Cette jeune fille, active, énergique, n'a jamais
malade. Elle avoue seulement quelques palpitations de c
et un peu de dyspnée intermittente, plutôt qu'elle ne
plaint, et on constate un léger souffle vasculaire.

Le samedi 16 décembre, sans causes connues, la m
éprouve vers le soir un peu de malaise indéfini. Le dima
elle sort dans la matinée et ne change rien à ses habit
Le soir elle refuse de dîner et se couche vers sept heure
accusant du mal de tête, un peu de rhume de la gorge,
toux, et quelques douleurs de cou qui gênent les mo
ments.

Le lundi 18. Je la vois pour la première fois dans l'a
midi. Fièvre vive, 110 pulsations, peau chaude, figure ani
Langue très-sale, rouge à la pointe, enduit épais au cent
paraissant remonter à plusieurs jours. Pas de soif, un
d'appétit. La jeune fille est assise, en train de coudre
dit fatiguée, mais non malade. Sensibilité générale du
la pression sur le côté gauche ; amygdale douloureuse,
lante sous le doigt; un ganglion, sous-maxillaire,
volumineux, très-douloureux au toucher.

Amygdale gauche augmentée de volume comparativem
la droite, beaucoup plus volumineuse en effet, comme
le constater depuis, qu'à l'état normal. L'amygdale est m
lonnée, recouverte d'une fausse membrane peu adhér
facile à détacher, mais par lambeaux et non pas à dé
comme un enduit pultacé avec le pinceau de ouate; le
voile du palais est rouge sur le bord libre, la luette r

ndante, un peu œdématiée. Amygdale droite peu consirable, de coloration normale; pharynx granuleux, sec, court de mucus, qui s'enlève par des lotions d'eau que la male fait elle-même. On aperçoit, après avoir enlevé la couche eudo-membraneuse, les anfractuosités tonsillaires tapissées ofondément par la même fausse membrane; pas d'éruptions, vésiculeuses ni pustuleuses. En faisant pénétrer la charpie ns les petites cavités que la fausse membrane blanchit, on tablit la coloration normale, et il ne reste pas de trace d'un pôt de matière pultacée qui remplirait une crypte ou une vité pustuleuse inaccessible.

e mardi 19. La fausse membrane s'est reproduite; elle est ıs épaisse, plus adhérente, mais occupe le même siége; on it cependant un prolongement de quelques millimètres sur bord libre du voile du palais qui continue le pilier antéur gauche. Cette petite production est bornée par un liseré ıge. Cautérisation avec le perchlorure de fer, gargarismes ec le chlorure de zinc et le miel, laxatif léger; alimentation ec des bouillons; la glande est plus volumineuse et plus douıreuse; la langue plus sèche, la fièvre plus vive, la déglution des liquides très-modérément douloureuse.

e mercredi. Même état général; la fausse membrane du le du palais s'est étendue à la luette; l'amygdale est encore nplétement recouverte; on ne peut extraire la couenne mbraneuse qu'avec des pinces à pansement qui la déchit, mais enlèvent à peine des lambeaux de la dimension de noitié de l'ongle. Un peu de sang succède à l'opération sans on puisse savoir s'il provient de ce que la pince a déchiré le u sain sous-jacent. Même traitement.

e jeudi 21. Même état général. La luette est recouverte d'un uchon pseudo-membraneux, qui s'étend sur le voile du ıis où il s'étale comme une tache inégale demi-circulaire. fausse membrane est d'un blanc grisâtre, un peu transpate et par conséquent demi-rosée: elle résiste au pinceau 'enlève en presque totalité avec la pince. Examinée après extraction, elle est saignante en dessous, lisse en dessus, isse de plus d'un millimètre; on ne réussit pas à la réduire

en bouillie sous la pulpe des doigts ; plongée dans l'eau, elle garde sa forme ; elle ne se laisse déchirer qu'avec un sensible effort. La luette dépouillée de la couenne est sanguinolente turgescente, triplée de volume. La tache du voile du palais est circonscrite par un liseré d'un rouge vif, et il m'est impossible de l'arracher complétement avec la pince. Cautérisation immédiate avec le perchlorure. L'amygdale n'est plus recouverte que dans son tiers supérieur ; elle me semble moins grosse, la portion découverte est déjà moins rouge ; l'engorgement ganglionnaire persiste au même degré.

Le vendredi. Même état général et local, même traitement.

Le samedi 23. L'amygdale est presque complétement dégagée, sauf les cavités qui sont encore blanches ; elle a diminué de volume. Le ganglion n'est presque plus douloureux quoiqu'il ait conservé sa dimension.

La luette est aussi de moindre dimension ; on peut dire qu'elle s'est réduite d'un tiers ; elle est encore recouverte par une fausse membrane en apparence moins épaisse, mais qu'il faut extirper avec les pinces. La couenne du voile du palais a plus de consistance, et je réussis à l'extraire en mettant à nu la membrane muqueuse qui saigne, mais moins que la luette.

La fausse membrane s'est étendue sur le bord libre du voile du palais à droite. Les mouvements du voile du palais lorsqu'on le soulève avec une érigne mousse, ou quand le malade le contracte, sont très-douloureux ; la déglutition est plus pénible. L'enfant, déjà interrogée à diverses reprises sur ce point, se plaint pour la première fois d'enchifrènement ; la parole est nasale. Le pharynx est rouge, sec, granuleux, sans fausses membranes.

Même traitement. Gargarismes avec l'extrait de ratanhia dans de l'eau très-légèrement acidulée, répétés toutes les demi-heures, ou plutôt lotions de l'arrière-bouche, la malade se refusant à cause de la douleur aux vibrations du voile du palais que provoque ou qu'exige un véritable *gargarisme*. Alimentation liquide ; la fièvre n'a pas diminué ; l'appétit est encore conservé, tout au moins il n'y a pas de dégoût pour le lait et le potage.

Le dimanche, l'amygdale gauche a diminué très-sensiblement; le ganglion est indolent. L'amygdale droite est recouverte d'une fausse membrane beaucoup moins épaisse, mais plus adhérente que celle qui encapuchonnait la luette. La luette est presque rentrée dans ses dimensions habituelles: elle est cependant encore tapissée d'une fausse membrane assez épaisse, mais seulement à sa pointe.

L'enchifrènement est beaucoup plus incommode. La malade se plaint de douleurs d'oreilles égales des deux côtés, et qui s'exagèrent pendant les efforts de déglutition. Ronflements pendant la nuit, bruyants et assez douloureux par moments pour interrompre le sommeil.

Cautérisations répétées toutes les heures avec la poudre l'alun appliquée à l'aide d'un pinceau. Mêmes gargarismes.

La fièvre a sensiblement baissé; les bords de la langue se ont nettoyés.

Le lundi 25. La luette est rétractée; il ne reste de fausses membranes que sur l'amygdale droite; mais elles ne sont pas tendues. La fièvre est nulle; pouls à 80 degrés; peau fraîche, ouche humide. Soupe, crème, vin de Bordeaux. Même traiement.

Le mardi. Pas de nouvelles fausses membranes; un enduit emi-transparent recouvre toutes les parties qui ont été atintes; je l'attribue à l'alun que je supprime. Aliments lides acceptés et ingérés sans douleurs. État général exllent, bon sommeil. Gargarismes avec une solution légère iode, dans de l'eau iodurée avec addition d'extrait d'opium. Le pharynx reste sec et tomenteux; il est plus rouge que sthme qui a repris presque entièrement sa coloration rmale. Langue nette.

Le samedi. Il reste une petite excroissance à la pointe de luette, de la grosseur d'une tête d'épingle. La gorge a repris couleur normale.

Sur le pharynx, granulations rouges au centre: quelques ies de mucus coagulé et un peu de blancheur de l'épithém.

État général excellent, guérison vraie; pas d'anorexie;

pas de fatigue, pas de convalescence à proprement parler. Il convient de rappeler que la malade est douée d'une grande force de volonté, et qu'elle incline à dissimuler plutôt qu'à exagérer ses malaises.

On doit considérer l'observation que je viens de rapporter comme un exemple de la variété la plus adoucie d'angine diphthéroïde. La maladie accomplit son décours dans l'espace de temps le plus bref qu'on puisse assigner à son évolution: elle n'a ni complications ni temps d'arrêt, et la convalescence bénéficie de cette bénignité.

Le fait suivant représente au contraire l'espèce grave et se termine par la mort. Entre les deux extrêmes, on peut intercaler la série des nombreux intermédiaires.

Louis T..., domestique, 16 ans, entre à l'hôpital Necker dans mon service (salle Saint-André, n° 27), le 31 octobre 1862. Il est placé chez un médecin qui me renseigne sur les premières phases de la maladie.

Le 27 octobre, T... a été pris d'un frisson subit sans malaise préalable; il se plaignait d'un peu de douleur en avalant. Une fièvre vive succède au frisson et se continue pendant quatre jours sans autres incidents et malgré les soins hygiéniques. Le malade déclare souffrir de mal de tête ; la douleur de la gorge a diminué, la déglutition s'opère assez facilement. Le 31 octobre, il s'éveille beaucoup plus souffrant et demande à être conduit à l'hôpital. La gorge avait été examinée une seule fois; on n'avait trouvé qu'une vive rougeur.

A son entrée on constate l'état suivant : les amygdales sont douloureuses à la pression pratiquée sur le cou. Du côté droit il existe un ganglion douloureux de la grosseur d'une noisette à deux centimètres environ de l'angle de la mâchoire. L'examen de la gorge fait voir sur chaque amygdale une plaque pseudo-membraneuse de trois à quatre millimètres de diamètre; deux fausses membranes du double d'étendue siégent sur la paroi postérieure du pharynx. La luette est œdémateuse

teuse, ainsi que le bord libre du voile du palais; du côté gauche, toute la gorge est d'un rouge vif.

Le malade se plaint d'une douleur et d'une chaleur supportables. Il a eu le matin un saignement de nez abondant. Depuis lors, le nez est obstrué; la respiration n'a lieu que par la bouche, et le malade se préoccupe de cette incommodité beaucoup plus que du mal de gorge. L'exploration des narines fermées par un caillot est, on le comprend, impossible; deux cautérisations de la gorge sont pratiquées dans la journée avec la teinture d'iode.

La langue est sale, le pouls à 120 pulsations; l'état général profondément fébrile.

1er novembre. L'œdème paraît diminué, mais la rougeur de la gorge plus ardente, comme érysipélateuse, s'avance sur la face antérieure du voile du palais dans l'étendue de quatre à cinq millimètres, et est circonscrite par un bord nettement dessiné. Une nouvelle épistaxis s'est produite; la fièvre continue; les fausses membranes n'ont pas varié.

2 novembre. Les plaques pseudo-membraneuses des amygdales ont presque disparu; celles du pharynx persistent et occupent même plus de surface. La déglutition est moins gênée; la rougeur est plus diffuse.

3, 4, 5 novembre. Des ganglions douloureux se sont développés sur la partie médiane du sterno-mastoïdien gauche. Il reste sur le pharynx une fausse membrane, blanche, opaque; une petite tache d'un blanc nacré commence à paraître à côté de la plaque persistante, et des taches identiques se sont reformées sur les amygdales, la rougeur a diminué. Le malade se sent mieux, la fièvre est moindre; mais le nez est très-sensible à la pression sans qu'il y ait eu d'épistaxis.

6 novembre. L'amygdale gauche est presque complétement recouverte par une fausse membrane épaisse, résistante, qu'on ne parvient pas à détacher. L'examen des narines débarrassées des caillots sanguins fait reconnaître la présence d'une plaque pseudo-membraneuse sur la cloison du côté gauche.

7 novembre. La voix est moins sonore depuis le réveil, pas

de toux, mais quelques accès de dyspnée pendant la nuit. La gorge, sèche, lisse, est tapissée de mucosités qu'on ne réussit à expulser que par des injections d'eau tiède dans l'arrière-gorge pratiquées à l'aide d'un irrigateur.

La teinture d'iode est remplacée, pour les cautérisations, par une solution de chlorure de zinc au 12e. Je passe sous silence le reste du traitement qui répond aux indications générales de toute maladie fébrile.

8 novembre. Depuis que la gorge a été abstergée, la suffocation ne s'est pas reproduite. Cependant de nouvelles plaques se sont formées, et celle qui occupait l'amygdale gauche a gagné notablement en étendue surtout vers la partie inférieure, sa hauteur est d'environ deux centimètres sur un centimètre et demi de largeur. Sur le bord libre du voile du palais, sur le pilier antérieur droit, sur l'amygdale droite, quelques taches pseudo-membraneuses de petites dimensions.

9 novembre. Malgré la persistance du traitement topique aidé par des gargarismes astringents qu'on varie, l'exsudation membraneuse a pris de plus grandes dimensions, on peut dire qu'elle recouvre près de la moitié de la gorge. Les membranes sont d'un blanc jaunâtre, tout au plus transparentes par places, solidement adhérentes. Les ganglions ne paraissent pas plus tuméfiés, mais sont plus douloureux. La cloison du nez du côté droit est le siége d'une plaque diphthérique.

Le malade tousse un peu, et crache avec moins d'effort. La gorge est moins rouge et surtout moins sèche.

10 novembre. La fièvre a repris une nouvelle intensité. Le voile du palais est tapissé par les fausses membranes dans un moindre étendue. En revanche le pharynx est envahi dans toute sa paroi supérieure. La narine gauche est également revêtue d'une couche couenneuse.

La voix est rauque, la toux éteinte s'entend à peine à quelque distance, l'haleine est pour la première fois d'une odeur presque fétide. Le malade a pâli, il a la face *terreuse*, paraît plus absorbé.

11 novembre. L'état reste le même, seulement le larynx est devenu douloureux à la pression.

12 novembre. La gorge commence à se déterger sans que l'état s'améliore. Pour la première fois le ventre est tendu, les urines sont rares et foncées, les fausses membranes nasales ne forment plus un anneau continu et peuvent être assez facilement détachées.

13 et 14 novembre. Les lésions locales continuent à s'amender notablement. Les membranes de nouvelle formation sont moins opaques et laissent voir par transparence la muqueuse sous-jacente, celles qui n'ont pu être extirpées ont pris une teinte grisâtre. Les fosses nasales ne sont pas encore redevenues perméables. Le malade est plus abattu, il tousse davantage, refuse les boissons alimentaires et se plaint d'un dégoût invincible pour tout aliment.

Des injections légèrement caustiques sont faites dans le nez plusieurs fois par jour; insufflation d'alun dans la gorge.

15 novembre. Il s'est fait de nouvelles fausses membranes plus consistantes dans l'arrière-gorge. Le voile du palais est paralysé, la voix rauque et nasonnante, les boissons reviennent par le nez et l'enfant ne consent qu'à grande peine à prendre du vin et du bouillon et surtout du vin.

16 novembre. L'état général est meilleur, la fièvre moindre. La luette recouverte depuis l'avant-veille est dégagée, le nez est libre. A la place occupée par les fausses membranes on voit la muqueuse d'un rouge violacé. Cependant de nouvelles plaques ont reparu sur la face postérieure du pharynx, et sur les piliers postérieurs, elles sont moins adhérentes, plus molles et comme boursouflées. La paralysie du voile du palais persiste.

21 novembre. Les fausses membranes du nez et de la gorge ont graduellement disparu. La voix tout en gardant le timbre nasal a repris sa sonorité. La déglutition des solides est seule possible. Le malade semble avoir retrouvé de l'appétit, il mange des œufs, du poisson, de la viande.

24 nov. Il ne reste aucune trace de l'exsudation gutturale, on découvre sur l'épiglotte une petite ulcération blanchâtre.

26 novembre. La paralysie du voile du palais s'est sensiblement amendée, les liquides ne remontent plus par le nez. L'ap-

pétit est revenu et avec lui un meilleur ensemble de santé.

27 novembre. Le malade a été pris subitement dans la nuit d'un point de côté à gauche et d'une dyspnée qui depuis lors s'est accrue d'heure en heure. Au moment de la visite, la respiration est précipitée, anxieuse, elle soulève à peine la poitrine. L'auscultation ne fournit aucun indice, pas plus que la percussion ; les lèvres et les extrémités se cyanosent, la poitrine est couverte d'une sueur froide. On administre de cinq en cinq minutes une solution de sulfate de cuivre (1 gramme pour 2 d'excipient). Les vomissements ne produisent même pas un soulagement passager.

Cependant l'asphyxie fait des progrès si rapides que malgré l'absence de sifflement laryngé et de ronchus trachéal, en face de la mort imminente, je me décide à recourir à la trachéotomie comme ressource extrême. Avec les accidents qui sont développés dans l'arrière-gorge il est possible de supposer une phlegmasie œdémateuse du larynx, bien que les signes me donnent guère confiance dans le pis-aller de cette hypothèse. Le chirurgien de l'hôpital Necker, le docteur Desmeaux, veut bien pratiquer l'opération séance tenante.

Une grande quantité de mucus spumeux est expulsé par la canule, le pouls se ranime, la cyanose s'efface, mais la respiration ne se rétablit pas. Le malade se refroidit graduellement et s'éteint une heure environ après la trachéotomie.

A l'autopsie, on retrouve l'ulcération déjà signalée pendant la vie sur le bord droit de l'épiglotte, la membrane muqueuse du larynx rouge, comme érodée dans l'étendue d'un centimètre au-dessous de l'épiglotte, mais sans tuméfaction. Les cordes vocales paraissent saines. La trachée et les bronches sont injectées et remplies d'un mucus spumeux. Dans le poumon, il existe des noyaux disséminés de pneumonie lobulaire, surtout au bord inférieur. La plèvre contient un peu de sérosité. Le cœur est volumineux et gorgé d'un sang noir coagulé.

Il suffit de mettre en parallèle ces deux faits :

Dans le premier, mêmes phénomènes au début, la lésion

circonscrit, elle s'éteint sur place, il n'en résulte qu'un trouble inoffensif de la santé générale. Dans le second, les productions pseudo-membraneuses se propagent sur une plus large surface, sans être beaucoup plus tenaces. La phlegmasie consécutive s'étend et dégénère à mesure que la santé générale est plus profondément éprouvée. Le malade succombe à une infection qui rappelle celle qui succède aux érysipèles généralisés, aux grandes brûlures, avec une pneumonie secondaire, et sans avoir, à aucune période, éprouvé d'accidents cérébraux.

Dans les cas moyens on voit poindre les mêmes menaces qui n'aboutissent pas à la terminaison fatale. J'ai appelé l'attention sur la raucité de la voix, sur la toux qui survient presque invariablement au second stade de la maladie bénigne. Lorsque le mal est déjà plus grave, la dyspnée intervient à quelque degré, mais elle est encore peu durable. Les complications cérébrales sont nulles ou tellement rares que je ne me souviens pas d'en avoir rencontré plus d'un exemple. Au début de l'angine, le malade accuse presque toujours un mal de tête, il peut s'il est très-jeune être atteint de convulsions, s'il est plus âgé, de délire; mais, à mesure que l'affection marche, ces incidents initiaux se dissipent d'eux-mêmes.

Dans l'observation suivante que je rangerai parmi les cas moyens, il s'est produit; outre une paralysie du voile du palais, complication fréquente, mais variable quant à son degré d'intensité, des phénomènes cérébraux d'ailleurs peu significatifs.

La nommée G..., vingt-trois ans, cuisinière, d'une santé habituellement bonne, est admise le 25 août 1865, salle Sainte-Thérèse, à l'hôpital Necker.

Le 23 avril, après une longue course qui la met en sueur, elle se refroidit; la nuit suivante, elle se sent courbaturée, fatiguée, mais elle n'éprouve pas de douleur à la gorge en avalant. Le 24, elle est prise de quelques frissons irréguliers, de courte durée.

Le 25, elle cesse son travail, et se plaint de la difficulté à

avaler même sa salive. En dehors des mouvements de déglutition, la douleur à la gorge est peu intense.

Le 26 et le 27, elle garde le repos au lit et prend quelques boissons très-chaudes pour se faire transpirer.

Le 27 au soir, elle entre à l'hôpital.

Le 28 avril, à la visite, elle se plaint d'une douleur assez vive à la gorge, avec impossibilité presque absolue d'avaler.

L'examen de la bouche et de la partie correspondante du pharynx montre :

1° L'amygdale droite, assez volumineuse, débordant de 7 millimètres les piliers du voile du palais ; sur la face interne une fausse membrane blanchâtre ne s'étendant pas jusque sur les piliers ; à la circonférence de la fausse membrane, dans l'étendue de 2 à 3 millimètres, la muqueuse est plus rouge et paraît dépouillée de son épithélium ; en dehors de cette zone, la muqueuse des piliers et du voile du palais a sa coloration normale ; à la partie supérieure, la fausse membrane est détachée dans l'étendue de 4 à 5 millimètres.

2° L'amygdale gauche est moins volumineuse que la première, et, sur la face interne, on voit également une fausse membrane, mais beaucoup moins étendue et paraissant moins épaisse que la droite.

3° La luette est œdémateuse, sans fausse membrane ; il en est de même sur le pharynx. L'abaissement de la mâchoire inférieure est difficile et très-douloureux ; les ganglions sous-maxillaires droits sont sensibles à la pression, quoique très-peu gonflés ; ceux du côté gauche sont indolents. Fièvre très-modérée, 85 pulsations ; langue sale. La malade, très-faible, a eu une demi-syncope à la suite de cet examen.

J'enlève avec des pinces à pansement la fausse membrane qui recouvre l'amygdale droite et qui s'est déjà détachée en partie spontanément. La surface externe de la pseudo-membrane est lisse, blanche, avec un reflet bleuâtre ; la face adhérente est irrégulière, parsemée de points jaunes rougeâtres ; ces points, très-rapprochés, se montrent en quelques endroits à la surface libre, par transparence.

Les fausses membranes sont détachées avec soin ; cautéri-

on avec la teinture d'iode pure, gargarismes avec le chlo-
ure de zinc, à la dose de 4 grammes pour 200 grammes
'eau.

Le 28 avril au soir, la fausse membrane s'est reproduite;
lle est plus mince, se détache assez facilement; nouvelle cau-
érisation avec la teinture d'iode pure.

29 avril. La fausse membrane a envahi la portion droite de
ı luette, elle s'avance sur les piliers du voile du palais à
roite, en présentant les mêmes caractères; les ganglions sous-
ıaxillaires du côté droit sont plus douloureux et plus gon-
és; fièvre modérée, 90 pulsations. Deux cautérisations dans
ı journée. Le gargarisme au chlorure de zinc est renouvelé.
ouillons. Le larynx ne participe aucunement à l'affection de
ı gorge, la voix est pure, un peu nasonnée; les fosses nasales
ıraissent également saines.

30 avril. La fausse membrane s'étend, elle entoure la luette
›mme un doigt de gant, elle marche sur les piliers du voile
ı palais, surtout à droite. Deux cautérisations comme les
urs précédents.

1er mai. La fausse membrane s'avance sur la face inférieure
: la voûte palatine, cache le voile du palais, la luette, les
:ux amygdales; mais, sur le bord de la voûte palatine, elle
ésente des caractères particuliers; au lieu d'être étendue en
uche continue, elle est formée de plusieurs plaques couen-
uses isolées par des points de muqueuse saine, mais d'un
uge vif. L'état général de la malade est assez bon, quoique
puis huit jours elle ne prenne pas de nourriture; les gan-
ons sous-maxillaires sont tuméfiés, la voix reste pure, la
ılade ne tousse pas. Comme les jours précédents, les fausses
:mbranes sont détachées, et deux cautérisations énergiques
ıt pratiquées dans la journée.

2 mai. La fausse membrane ne s'est pas reproduite sur le
é gauche de la luette, elle est moins étendue sur la voûte
atine. A sa circonférence on voit, comme dans la première
iode, un liseré rouge, dépouillé d'épithélium. Cautérisa-
ns comme les jours précédents, gargarisme au chlorure
zinc.

3 mai. La fausse membrane est moins étendue que la veille elle est plus mince, se laisse enlever plus facilement. Deu cautérisations.

4 mai. Luette presque complétement dépouillée de la fau membrane, à l'exception d'un point à gauche peu étendu. l voile du palais ne présente plus que de la rougeur diffus un peu d'œdème. La couenne recouvre encore l'amygd les piliers droits, la face interne de l'amygdale gauch Même traitement.

6 mai. Une plaque pseudo-membraneuse revêt la face i terne de l'amygdale droite, mais elle est mince, délicat se laisse enlever facilement; l'amygdale est assez volumine les piliers droits sont légèrement œdémateux; l'arrière-bou du côté gauche est revenue à l'état normal. Même traitem que les jours précédents. Cautérisations avec la teinture d'i pure, gargarismes au chlorure de zinc, 4 grammes p 200 grammes d'eau. Pas de fièvre. L'appétit est revenu. m la malade éprouve beaucoup de douleur en avalant et se p d'aliments.

Le 7 et le 8 mai, la fausse membrane diminue.

Le 9 mai, il n'y a plus de fausse membrane. L'amyg droite est encore gonflée, ainsi que les piliers du même

11 mai. Quelques points blanchâtres reparaissent sur mygdale droite. Cautérisation avec la teinture d'iode.

15 mai. L'aspect de l'arrière-bouche est normal, la dég tion est moins douloureuse, mais les liquides revienn pour la première fois, par les fosses nasales; les mat alimentaires demi-solides passent plus facilement dans l'a phage; cependant elles sont rejetées de temps en temps p nez, surtout quand la malade se presse d'avaler. Le voile palais et les piliers ne présentent ni rougeur ni gonflem ils sont insensibles au toucher avec le stylet et ne se cont tent pas, surtout à droite, où la pseudo-membrane a été p épaisse et plus persistante. La voix est très-nasonnée. Ces p nomènes persistent les jours suivants.

20 mai. La malade avale mieux les liquides, mais sou ceux-ci sont rejetés par les fosses nasales, spécialeme

roite, surtout quand elle ne prend pas les précautions né-
essaires et qu'elle ne renverse pas la tête en arrière, position
ue l'habitude lui a appris être favorable à la déglutition.
es piliers du voile du palais sont légèrement sensibles au
ucher, surtout à gauche. La luette est déviée à gauche; la
ix reste nasonnée.

23 mai. La sensibilité et la contractilité des piliers du voile
palais reparaissent à gauche surtout, et cependant la dé-
utition des liquides est aussi difficile que dans les premiers
urs de la paralysie du voile du palais; la voix est aussi na-
nnée. La malade commence à se plaindre d'avoir la vue
ublée. Elle ne distingue plus les petits objets placés à vingt
ntimètres de ses yeux, une épingle, par exemple; la même
ingle est distinguée à une distance de soixante et de quatre-
gts centimètres, mais comme enveloppée d'un brouillard;
ui est impossible de coudre. Pas de strabisme. L'examen
ithalmoscopique ne montre aucune altération ni des mi-
ix ni du fond de l'œil. La malade est évidemment pres-
e, et ces altérations de la vue paraissent dues à un défaut
ccommodation. Les pupilles sont normalement dilatées,
lement de chaque côté; il est impossible de dire si la vue
plus altérée du côté droit que du côté gauche.

7 mai. La sensibilité et la contractilité du voile du palais
e ses piliers sont normales, la déglutition est plus facile;
ix est cependant très-nasonnée. Les troubles de la vue
nt stationnaires.

juin. La luette a repris sa position sur la ligne médiane,
iliers droits et gauches se contractent bien au contact
stylet; la déglutition est presque normale; quelquefois
re, et comme par accident, peu de gouttes de liquide re-
ient par les fosses nasales. Les troubles de la vue ont
dérablement diminué d'intensité; mais, du côté de la
apparaissent de nouveaux symptômes; les traits sont
nent déviés à gauche, surtout quand la malade parle
t; on dirait qu'elle est atteinte d'une paralysie faciale
très-franche, elle en a tous les signes. La sensibi-
la peau, de ce côté, et des muqueuses est intacte; les

muscles sont mous et se contractent à peine ; du côté gauch au contraire, les muscles se contractent fortement et dévi la bouche très-notablement. Ces symptômes ajoutent à la d ficulté de la parole qui devient à peu près incompréhensib Aucun symptôme d'anesthésie ni de paralysie dans les me bres. La malade est devenue très-irritable, très-nerveuse, s semble sous le coup d'une crise hystérique.

15 juin. La vue est redevenue normale ; la déglutition facile. Les symptômes de paralysie faciale à droite, ou de tracture à gauche, sont exactement ce qu'ils étaient il huit jours. L'état général s'est amélioré considérablem depuis que l'alimentation est plus facile.

20 juin. La paralysie faciale diminue ; les traits sont m dévié à gauche ; la parole est plus facile et l'articulation sons plus nette. La malade quitte l'hôpital le 25 juin. servant encore un peu de nasonnement.

III. C'est un utile enseignement de suivre cette phlegm dans sa lente progression, d'étudier chacune de ses phas de l'attendre pour ainsi dire à chaque sentier où elle s'engager. On voit, comme dans les grandes fièvres érup qui ont un de leurs siéges d'élection sur la membran ueuse de la gorge, les phénomènes changer d'allures su qu'ils se produisent pendant l'efflorescence ou qu'ils sur nent plus tard chez un individu modifié par les pre phases de la maladie. On sent la différence énorme qui s les accidents franchement aigus du premier stade, des dés tumultueux ou insidieux auxquels il convient de réser nom de phénomènes secondaires. Chez le jeune malade j'ai rapporté longuement l'histoire, cette distinction est frappante pour que j'aie à y insister.

Dans d'autres conditions le sujet est déjà sous le coup altération plus ou moins profonde de la santé quand l'a éclate. Les accidents aigus se développent sur un mi fond et prennent d'emblée la gravité des lésions de la se période.

Un garçon de vingt-cinq ans entre le 3 février 1862 dan

ervice (salle Saint-André, n° 20). Il est depuis longtemps tuber-
uleux et dans un état de cachexie. Le 22 février, il se plaint
our la première fois d'un mal de gorge qui daterait de plu-
ieurs jours, et serait devenu, depuis la veille, particulière-
ient incommode. A l'examen, on trouve la luette, les piliers
ntérieurs et une portion des deux amygdales recouverts de
usses membranes opaques, tenaces, fortement adhérentes
t entourées d'un liseré rouge.

Le lendemain, les fausses membranes se sont encore éten-
ues et tapissent en partie la paroi postérieure du pharynx.
es cautérisations répétées sont pratiquées avec le nitrate
'argent; des gargarismes astringents sont prescrits. Les
usses membranes sont enlevées et ne se reproduisent que
ır plaques moins épaisses et moins étendues.

Mais les forces ont diminué rapidement; le malade peut à
eine se soulever, et, le 26 février, il meurt en quelques mi-
utes dans un accès de suffocation. A l'autopsie, outre les
sions tuberculeuses du poumon, on retrouve des lambeaux
e fausses membranes sur le pharynx; une plaque pseudo-
embraneuse recouvre la face postérieure de l'épiglotte, peu
lhérente, mais solide. La membrane muqueuse laryngo-
achéale est fortement injectée.

Il n'y a pas eu pendant la vie de signes appréciables de
ryngite et de trachéite, autres que ceux qui existaient avant
nvasion de l'angine.

Chez un autre jeune homme âgé de dix-sept ans, et sous l'in-
ence d'une diarrhée chronique succédant à une jaunisse,
ngine diphthéroïde suit son cours et guérit en dix-neuf
rs, mais non sans avoir donné matière à de vives inquié-
les. Des épistaxis surabondantes jettent le malade dans une
ostration profonde qui oblige à recourir à l'usage persévé-
t des stimulants alcooliques; le pouls d'abord fréquent et
rile tombe à 56 pulsations par minute; les fausses mem-
nes ont une évolution irrégulière malgré l'énergie et la
sévérance du traitement topique.

Enfin pour ne pas multiplier les exemples, une jeune fille,
ans, entre dans mon service au mois de mars 1868, se plai-

gnant de dysurie et de douleurs vésicales qui seraient surv
nues à l'occasion d'une suppression des règles et dateraient
quelques semaines.

Au toucher, le bas-fond de la vessie est douloureux.
urines, par intervalles seulement, sont troubles et laissent
poser un sédiment muqueux. Les renseignements fournis
la malade, aussi bien sur les antécédents que sur ses
tions actuelles, sont si confus, si contradictoires qu'on
peut tenir compte. Le cathétérisme révèle la présence
calcul vésical, et la malade, pressée de questions, finit
avouer qu'elle s'est introduit, il y a trois mois, une épi
cheveux par le canal de l'urèthre.

Transférée dans une des salles de chirurgie, elle est
aux soins du Dr Guyon. On essaye d'abord l'extracti
corps étranger par les procédés de la lithotritie, mais sans
cès, et le chirurgien est obligé de pratiquer la taille.

La malade, déjà anémiée, profondément fatiguée p
souffrances qu'elle s'appliquait à dissimuler, était d
conditions particulièrement défavorables.

Dès le surlendemain de l'opération, fièvre vive,
blement, refus d'aliments et même de boissons. La jeu
n'accuse pas de mal de gorge, mais sa répugnance à bo
trop significative pour qu'on n'examine pas la gorge.

On constate alors l'existence d'une fausse membrane
comme globuleuse, d'un blanc grisâtre, occupant le bo
du voile du palais, à gauche de la luette. Toute l'arrière-
est sèche, d'un rouge vineux, la langue, également
fendillée, à aspect typhique. La fausse membrane d
avec effort présente les caractères habituels des produ
diphthéroïdes et n'a de particulier que son épaisseur.

Les autres parties de la gorge sont successivement en
sans que la gorge soit jamais revêtue en totalité d'une
pseudo-membraneuse. Les amygdales de petite dim
restent exemptes.

Au 6e jour, une plaque peu étendue se développe à l'
vulvaire, sur la petite lèvre gauche; comme l'ouverture
vessie a été faite par le vagin, les parties génitales ex

rritées sont soumises à un pansement et par conséquent à un xamen quotidien. Il n'y a pas de doute que l'affection gutturale a précédé l'affection vulvaire. La voix s'éteint sans yspnée, sans sifflement laryngé, la fièvre vive prend de plus n plus le cachet hectique, et la malade, qui a persisté à reousser les aliments même liquides, succombe au dernier egré du marasme fébrile, une quinzaine de jours après l'opéation. Il restait à peine quelques traces de la couenne iphthéroïde.

On voit, en rapprochant ces observations sommaires, comien elles offrent de similitude. La lésion primitive diffère, ıais elle aboutit à la même cachexie, et l'abaissement de la ınté constitue une prédisposition à l'angine pseudo-memraneuse. Je me contente de noter ici le fait pour y revenir lus loin à propos de la pathogénie.

IV. NATURE. —Quelle est nosologiquement la place de l'anne diphthéroïde ? Doit-on l'admettre à titre d'espèce distincte ı la considérer comme un degré de la diphthérie croupale. our moi, l'angine diphthéroïde est à la diphthérie ce que la ırioloïde est à la variole. Et par là je ne veux pas établir une mple comparaison, mais j'entends formuler une proposition )solue. Ce serait peu que d'affirmer le principe si je ne donıis les preuves à l'appui.

1° L'angine diphthéroïde n'est pas un degré supérieur des ıtres maladies angineuses à exsudation molle, pultacée; elle t un degré inférieur, une manifestation amoindrie de la phthérie classique. Tandis que, dans les espèces pultacées signées sous le nom générique d'angines couenneuses béni-es, l'exsudation a pour point de départ une vésicule ou une ıstule, elle se développe ici sans être précédée par une uption du même ordre. L'angine diphthéroïde ne succède s davantage aux érysipèles gutturaux.

Une seule maladie éruptive, la scarlatine, peut fournir mare à des objections.

Les manifestations gutturales de la scarlatine sont en même nps énormes et malaisées à définir. Si la rougeur écarlate

est parfois d'une appréciation douteuse sur la peau, à plu
forte raison peut-elle être indécise sur une membrane mu
queuse qui prend, dans tant de conditions, une coloratio
d'un rouge ardent. A l'inflammation scarlatine de la gor
succèdent souvent des exsudats de nature variable, depu
l'enduit crémeux qui s'efface au frottement d'un pinceau
charpie jusqu'à la couenne résistante, dont les bords se so
lèvent et qui appartient aux formes malignes de la malad

A ne considérer que la description de la fausse membr
scarlatineuse détachée et examinée à un moment donné de s
évolution, il est concevable qu'on y retrouve les caractères
la fausse membrane diphthéroïde; mais en suivant le proces
des deux angines, on voit qu'elles sont analogues sans
identiques. N'existe-il pas également des éruptions pustuleu
qui, pour se rapprocher de la variole, ne sauraient être
fondues avec elle? Je ne veux pas reprendre ici un pa
lèle qu'on rendrait improductif en l'abrégeant; mais je
demander qu'on consente à mettre en regard le chapitre
livre consacré à l'histoire de la scarlatine avec la descr
que j'ai donnée de l'angine diphthéroïde.

Dans un seul cas, la scarlatine peut être l'occasion de l
gine diphthéroïde vraie, c'est lorsque le malade épuis
brile, se trouve dans les conditions de cachexie profond
je signalais plus haut comme un antécédent des an
pseudo-membraneuses. L'affection gutturale apparaît
tardivement, elle intervient comme la complication
état général et non pas comme la conséquence direc
l'éruption scarlatineuse de l'arrière-gorge.

2° En même temps qu'elle se sépare des autres maux de
couenneux, l'angine diphthéroïde se rapproche de la
thérie dont elle ne diffère que par le degré. Si, au lieu d'êt
une maladie, on étudiait une espèce végétale, l'affection
théroïde ne représenterait pas même une variété. Quan
s'agit de désordres morbides, la subordination se fait su
des données toutes particulières. Qu'une production ps
membraneuse s'étende à quelques centimètres plus ou m
loin, la chose est sans importance et ne change rien à la na

ropre de l'altération; mais quand la glotte est comprise dans es deux centimètres additionnels, quand, en franchissant un as de plus, la fausse membrane compromet directement la ie, il est interdit au médecin de ne pas placer au premier ıng ce caractère insignifiant pour un naturaliste.

La varioloïde a beau être en réalité une variole, il y a mé-ıcalement, entre les deux extrêmes de la varioloïde la plus ı inime et de la variole la plus confluente, une énorme dis-:nce, plus grande certainement qu'entre la varioloïde et la ıricelle, qui cependant n'appartiennent pas à une même spèce.

3° L'unité spécifique de la diphthéroïde et de la diphthérie ; démontre par deux ordres de faits : en premier lieu, les ıanifestations pathologiques sont semblables; en second eu, une des deux maladies peut engendrer l'autre.

Les fausses membranes de l'angine diphthéroïde se déve-ıppent, comme celles de la diphthérie, sur une surface pré-arée par une inflammation mal connue, et qu'on suppose être ıivie ou d'une simple exfoliation de l'épithélium, ou d'une rosion, ou d'un ulcère sans profondeur. Elles procèdent d'un ıyer unique ou naissent de foyers multiples; mais, dès leur pparition, elles adhèrent fixement aux parties envahies. eur extension a lieu plus ou moins lentement. Leur siége st d'abord l'arrière-gorge, et de préférence les amygdales, les iliers, la luette, et plus tard seulement le pharynx. Lors-u'elles gagnent le larynx dans la diphthérie dite croupale, aspect des symptômes change; mais cette transformation est ue plutôt aux fonctions des organes altérés qu'à une méta-ıorphose de la maladie.

Si les fausses membranes remontent dans les fosses nasales, ne connais pas un signe local qui permette de différencier es deux variétés. L'organe affecté n'a pas de fonctions essen-ielles à la vie; la diphthérie s'y fixe presque impunément, et prolonge son séjour sans autres périls que ceux de l'infec-ion. Il en est de même de l'exsudation diphthéroïde avec ette seule différence, que la virulence étant moindre, l'intoxi-ation est moins à redouter.

Les ganglions sont atteints dans les deux formes à des degrés différents. La santé générale est compromise par des accidents dont on ne peut méconnaître la parité.

S'il était possible, dans l'état actuel de nos connaissances d'emprunter une comparaison à l'histoire trop incertaine de la syphilis, on dirait que la diphthéroïde est l'équivalent du chancre mou, et la diphthérie celui du chancre induré. Par une métaphore qui lui était devenue familière, Bretonneau désignait volontiers la diphthérie croupale sous le nom de chancre diphthérique, et cependant on sait à quel point ce illustre maître avait été partisan de la spécificité de la diphthérie dans son sens le plus étroit.

Tout en déclarant les deux affections *spécifiquement* distinctes, je n'en suis pas moins convaincu qu'il est d'une grande importance clinique de les disjoindre, et qu'il vaut mieux exagérer que réduire artificiellement les caractères qui séparent des maladies, dont l'une est si menaçante et dont l'autre offre tant de chances favorables à la guérison.

Ici se présente une question que j'aborderai incidemment, mais qui commande tellement toute la discussion que je ne saurais la passer sous silence. La diphthérie n'a pas pour siége unique la membrane muqueuse de la gorge; elle ne envahit pas seulement par continuité les membranes muqueuses voisines; elle se manifeste également à la peau toutes les fois qu'une surface dépouillée d'épiderme lui fournit un terrain propice; elle apparaît sur les membranes muqueuses dans tous les points où elles confinent à la peau. Affection générale, elle n'a pas de localisation exclusive.

En est-il de même de la variété diphthéroïde? Je n'hésite pas à répondre affirmativement, sous certaines réserves. Réduite dans sa virulence et dans son intensité, l'exsudat diphthéroïde ne se montre habituellement que sur la membrane qui paraît être le plus favorable à son développement. L'angine résume presque toutes les possibilités de la maladie, mais elle ne les épuise pas toutes. Il se fait, et sur d'autres membranes muqueuses que celles de la gorge et sur les mêmes

res superficiels de la peau, des exsudations diphthéroïdes qui ne diffèrent en rien ni par leurs apparences, ni par leur évolution, ni par leurs conséquences, des exsudats de l'angine. Sans entrer dans un exposé détaillé dont ce n'est pas ici le lieu, l suffit de citer les productions couenneuses qui chez quelques jeunes sujets s'incrustent à la surface des vésicatoires, et ne s'arrachent qu'avec effort en mettant à nu une surface saignante ; qui, demi-opaques, comme fibrineuses, n'ont pas la natité des grandes plaques diphthériques ; qui guérissent le lus souvent à l'aide des caustiques employés avec les mêmes précautions que sur la gorge ; qui ne compromettent que très-arement la vie, et qui cependant persistent rebelles au meilleur traitement, pendant plusieurs semaines.

J'accorde que ces exsudations ne coïncident pas avec une ngine, qu'elles n'en sont presque jamais l'accompagnement; nais en dehors du siége spécial, l'évolution est la même.

En résumé, il existe pour moi un ordre de productions iphthériques modifiées, atténuées, auxquelles je donne le om de diphthéroïdes et qui peuvent se développer, soit sur es membranes muqueuses, soit sur la peau mise à nu accilentellement. Ces productions d'une virulence mitigée se imitent d'elles-mêmes, et n'ont pas de tendance à dépasser e tissu où elles ont fait leur première apparition. Si elles ccupent la gorge, ce n'est pas une raison pour qu'un vésiatoire, appliqué sur un point du corps chez le malade, se ecouvre de fausses membranes. Réciproquement, si elles ffectent la membrane muqueuse de la vulve chez les petites lles, il n'y a pas lieu de supposer qu'elles envahiront plus ard la muqueuse de l'isthme du gosier.

C'est là évidemment une des données les plus instructives e l'évolution pathologique des affections diphthéroïdes; mais n y regardant de plus près, on retrouve dans la diphthérie lassique elle-même un processus analogue. S'il est vrai que 'enfant atteint de croup est prédisposé à la diphthérie généalisée, il ne l'est pas qu'une diphthérie siégeant ailleurs qu'à a gorge aboutisse fatalement au pharynx. Les faits qu'on ourrait citer à l'appui sont tellement nombreux, qu'il n'est

aucun médecin qui n'en ait observé dans sa pratique. Je n'en citerai qu'un exemple, comme type bien plutôt que comme élément de démonstration.

Il n'est rien moins que rare qu'un enfant affecté de diphthérie croupale mortelle, inocule la maladie au sein de sa nourrice, sans provoquer chez elle l'invasion du croup. Il arrive même que l'inoculation se faisant sur la membrane muqueuse du nez, la maladie ne se propage pas au delà. J'ai observé chez la femme d'un de mes collègues le fait le plus saillant de ce genre. Son enfant qu'elle n'allaitait pas, mais auquel elle donnait des soins assidus, est atteint par le croup et guérit. La mère contracte un coryza d'abord médiocre, rebelle, durable et dont la nature diphthérique est ensuite révélée par un examen plus approfondi. Elle avait au pourtour l'aine une petite pustule insignifiante qui s'ulcère, s'étend, se recouvre de fausses membranes. Pas une autre manifestation diphthérique n'eut lieu, et la maladie ne céda qu'après plusieurs mois, en laissant une convalescence indéfinie entravée par les accidents nerveux les plus intenses.

Si on admet dans ces conditions que le croup transmis directement et n'occupant pas l'arrière-gorge a changé de nature, on accorde plus que je ne demande. La diphthérie et diphthéroïde ne sont plus seulement des variétés, mais peine des degrés d'une même maladie.

Dans cette discussion que je ne regrette pas de prolonger parce qu'elle touche à une question singulièrement importante et encore pleine d'obscurités, il convient de ne négliger aucun élément. On a vu la diphthérie gutturale s'atténuer étant transportée sur des membranes muqueuses autres que celles de la gorge. Son atténuation n'était-elle pas due que le terrain était moins propice ? D'autre part, l'inoculation diphthérique à l'arrière-gorge peut-elle donner lieu à la simple angine diphthéroïde? Je le crois sans être en mesure de le prouver. Quand on assiste chez l'adulte aux manifestations d'une diphthérie gutturale inoculée, on n'a pas le sang-froid nécessaire pour établir un diagnostic douteux et compromettant. Si le malade guérit, on se contente du résultat,

;arde un souvenir plus présent de ses inquiétudes que des nenus symptômes de l'observation.

V. PATHOGÉNIE. — Sans pousser plus loin le parallèle, je eviens à l'angine diphthéroïde telle que je l'ai décrite. Il me araît certain que la maladie peut se développer spontané- ıent. Est-elle également susceptible de se transmettre par ɔntagion? Oui, mais avec quelques restrictions.

C'est un fait d'observation vulgaire qu'un grand nombre 'affections contagieuses acquièrent chez les enfants une viru- nce et par suite des qualités contagieuses toutes particu- ères, et qu'en même temps les enfants sont plus aptes que les *lultes* à subir l'influence de ce *contagium infantile*. Pour s affections peu virulentes, la susceptibilité est encore us accusée. Si les enfants n'ont qu'une chance réduite d'être fectés au contact, les adultes échappent complétement à nfluence. Tel est le cas de l'angine diphthéroïde. Les pa- nts, quelques rapports étroits et intimes qu'ils conservent ec les malades, restent indemnes, et je n'ai vu qu'une fois maladie gagner de l'enfant à la mère.

Il n'en est plus ainsi des autres enfants. On voit aisément contagion se répandre entre les frères et sœurs du même e. Dans une famille composée de quatre enfants trois ont atteints successivement, bien qu'on eût pris des précau- ns d'isolement d'une rigueur douteuse. Ils habitaient à teuil dans une maison exiguë pourvue d'un grand jardin, ıis au milieu des préoccupations de tous, on n'exerçait 'une surveillance imparfaite. J'ai observé là, pour la pre- ère fois, ce que j'ai retrouvé depuis dans les mêmes condi- ns. Le second enfant n'a été affecté par l'angine que douze rs après l'invasion de la maladie chez son frère, la troi- me a été également atteinte une dizaine de jours après le ıut des accidents chez le second malade. L'incubation varie ıablement là, comme dans tant d'autres affections conta- uses, entre 8 et 15 jours : pour tous les trois, l'angine fut ıtivement très-grave et extrêmement longue.

e n'ai jamais eu l'occasion de voir l'angine diphthéroïde

tranche, inoculée, dégénérer en une angine croupale vraie
se transformer en une simple angine pultacée.

L'âge doit être pris en sérieuse considération. La pé
de la vie la plus favorable au développement de l'angine di
théroïde est de quatre à vingt ans. Assez rare dans la p
mière enfance, la maladie est encore moins commune p
trente ans révolus. Néanmoins on rencontre des exce
en deçà et au delà des âges que j'ai indiqués. C'est de de
seize ans que l'angine est surtout fréquente. Je n'ai pas b
d'ajouter qu'elle ne fait aucune acception des tempéram
mais peut-être est-il utile de noter qu'elle ne survient p
préférence chez les individus porteurs d'amygdales vo
neuses ou prédisposés aux maux de gorge de diverses es

Par là l'angine diphthéroïde se sépare des affections g
rales éruptives qui répondent à une aptitude morbide o
qu'on est convenu d'appeler une diathèse. Elle est un acc
de santé et n'a nulle tendance à se reproduire chez le m
sujet. Je ne reconnais pas davantage l'action des influ
saisonnières : la maladie n'a pas de saison qui la favorise
se montre aussi bien en été qu'en hiver et rien ne p
qu'elle soit jamais provoquée par l'exposition au froid.

Cependant si l'angine diphthéroïde ne relève pas des
occasionnelles qui jouent un rôle si important dans la p
des affections angineuses, on ne saurait dire que tous l
rains lui sont également favorables. L'angine diphth
se développe assez souvent chez des individus dont l
est profondément atteinte, pour qu'il soit à propos d'i
sur cette coïncidence déjà mentionnée.

Le malade dans un état de cachexie non dénommé
suite de fièvres graves, de suppurations prolongées, de
chroniques des reins ou de la vessie qui entraînent d
dents généraux si semblables à ceux des fièvres puru
est pris d'un mal de gorge insignifiant. Il ne se plain
grandes difficultés de la déglutition, ni de douleurs
mais toute alimentation lui répugne et il refuse de
malgré l'intensité de la fièvre, la sécheresse de la la
l'existence plus que probable de la soif. En examinant l'

ɔrge, on constate la présence d'une fausse membrane plus
ı moins étendue, siégeant presque toujours sur la partie
ıtérieure de l'isthme, à la luette, sur le bord libre des piliers
ı du voile du palais. L'exsudation est épaisse, comme bour-
uflée, la membrane muqueuse adjacente d'un rouge érysi-
lateux. Détachée avec quelque effort, la pseudo-membrane
isse à nu une surface fongueuse et saignante; son mode de
rmation paraît n'offrir rien de particulier, mais la turges-
nce toute spéciale de la membrane muqueuse n'est pas sans
fluence sur les périodes ultérieures de son évolution.

C'est dans ces conditions qu'on voit survenir de petits foyers
morrhagiques ou dans la plaque membraneuse ou au-
ssous d'elle. La fausse membrane se colore en gris ou en
ir, elle se soulève par places. Le sang coagulé se décompose;
là, la fétidité de l'haleine, l'aspect gangréneux et plus rare-
nt le sphacèle vrai des parties.

'est également dans ces conditions qu'on se rend compte
rapports de l'angine diphthéroïde avec la diphthérie.
fausse membrane n'occupe pas seulement l'arrière-gorge,
s'étale sur d'autres membranes muqueuses continues
c la peau. Quel que soit son siége, elle présente les mêmes
actères et n'est pas plus infectieuse sur un point que sur
autre. Distincte du croup, à la gorge parce qu'elle n'a pas
endance à envahir le larynx, elle diffère de la diphthérie
ce qu'elle n'est qu'un processus secondaire, atténué, non
eptible de contagion et s'épuisant dans un espace de temps
tivement court.

ı effet, la production couenneuse n'est alors qu'une mani-
ıtion incidente dans la série des altérations qui se succè-
. Elle est, sous une forme plus accusée, l'équivalent de la
enne moins épaisse qui précède si souvent la gangrène su-
icielle des membranes muqueuses ou de la surface des
es. Son développement n'est l'occasion directe ni d'un
ublement de la fièvre, ni d'une aggravation de l'état géné-
Si on a lieu de s'en préoccuper, c'est moins par les dangers
lle comporte que parce qu'elle prend la valeur d'un signe
u'elle témoigne de l'atteinte grave portée à l'économie.

Une autre raison oblige le médecin à remédier au plus vi
à cette complication. L'angine pseudo-membraneuse ou au
qui survient dans le dernier stade des maladies à for
septique, a pour conséquence l'empâtement, la sécheresse
la langue et une invincible anorexie. Or à ce moment o
salut dépend de l'alimentation, on ne saurait détourner
trop de soin les moindres obstacles qui s'opposent à la n
riture.

VI. ÉPIDÉMIES. — La propagation de l'angine diphth
par contagion est, comme je l'ai dit, peu active; il fau
cohabitation plutôt qu'un contact pour que ce mode de t
mission ait lieu, et encore est-il plus près de l'exception
la règle.

L'angine diphthéroïde ne semble pas davantage épidé
ou tout au moins ne l'ai-je jamais observée sous cette f
Certaines descriptions d'épidémies dites croupales, à m
insignifiante, donneraient à croire, si elles étaient moi
fuses, que les observateurs ont été témoins d'une épi
d'angines diphthéroïdes. De ces récits, beaucoup repré
une observation tellement superficielle et une telle i
rience des affections angineuses qu'ils n'autorisent a
conclusion.

Et cependant là, comme pour l'angine herpétique av
duits pultacés, il est difficile d'éloigner la pensée que
ladie peut revêtir et prend en effet la forme épidémiq
lement, ou la sagacité faisait défaut aux observateurs
est de reconnaître, et j'incline volontiers vers cette s
tion, que le *genius epidemicus* pèse plus lourdement
angines que sur la plupart des autres maladies.

A l'exception du croup et sans consentir à excepter
scarlatineuse, les maux de gorge épidémiques offrent
diversités que pas une invasion ne répond à une aut
se conforme aux types des cas sporadiques. J'ai déjà
casion d'aborder le problème de l'épidémiologie, plu
l'ajourner que pour chercher à le résoudre, et je n
drai pas sur une discussion qui n'aboutit qu'à la nég

u doute. Mais, de même qu'on cite des observations parti-
ulières pour mieux faire ressortir les délicatesses d'un diag-
ostic, de même on peut invoquer des descriptions générales
our montrer dans quelle mesure les épidémies d'angines,
lles que les auteurs les ont relatées, sont d'un jugement
fficile.

Qu'il me soit permis de choisir pour exemple une des épi-
émies à mon avis les mieux décrites, quoique à une époque
jà éloignée, celle de Marienwerder, si bien étudiée par
aercker (*Journal de Hufeland* 1804). Était-ce une forme
phthéroïde, une angine diphthérique ou une angine couen-
use qui devrait figurer au chapitre des angines herpétiques?
L'auteur eut à traiter trente enfants dont sept succom-
ent. D'après les registres de la paroisse, pendant les huit
is que dura l'épidémie, d'août 1801 à mars 1802, dix-sept
ants furent victimes de l'angine, ce qui élève le nombre
bable des cas à soixante-quinze environ, chiffre considé-
le si on note que la mortalité porte sur la population d'une
-petite ville et que la maladie, sauf de rares exceptions,
tteignît que des enfants de un à six ans.

'épidémie peut être considérée comme ayant, pendant sa
gue durée présenté deux aspects assez différents. — Au dé-
l'affection s'annonçait par de simples symptômes catar-
ux; fièvre légère, toux insignifiante, enchifrènement; plus
rougeur et gonflement des amygdales, de la luette, puis
glandes sous-maxillaires et sublinguales, sans que les
tides aient été jamais affectées. La sécheresse et l'obstruc-
du nez constituaient le symptôme le plus pénible, il
ulait par la bouche un mucus fluide, la déglutition res-
assez facile et paraissait exempte de douleurs. Vers le
rième ou cinquième jour la fièvre augmentait d'intensité
'accompagnait de tout le malaise que détermine chez les
es enfants un grand appareil fébrile. La voix devenait
rauque, les ganglions étaient plus saillants. Sur les
gdales et sur la luette apparaissaient d'abord une ou
eurs taches blanches qui souvent en quelques heures,
res fois en un plus long espace de temps, s'élargissaient

assez pour se confondre et former une couenne de l'épaisse
du dos d'un couteau. La fausse membrane s'étendait
voile du palais, sans qu'on eût remarqué d'abord de rou
de cette partie; elle était fortement adhérente et ne comm
çait à se détacher que quand, à la période d'acmé, les tis
sous-jacents étaient ramollis et paralysés.

La toux humide était peu intense, la respiration libre.
mucosités irritantes coulaient de plus en plus par la bou
et par le nez en déterminant une vive irritation des na
et de la lèvre supérieure qu'on était forcé d'essuyer inces
ment. La fièvre était variable, la sueur abondante et
seuse, les urines rares; l'ensemble répondait à une dépr
typhoïde.

A la troisième période, quand elle avait lieu, la respi
était de plus en plus entravée, la toux rauque provoqu
vives douleurs et les symptômes généraux et locaux deve
ceux du croup confirmé.

C'est pendant les mois d'août, de septembre et d'oc
que la maladie se montra le plus souvent sous cette f
extrême. A partir de la fin d'octobre, les angines furen
fois plus communes et moins dangereuses. Le second
présenta plus rarement les graves lésions de la go
semblaient à elles seules constituer tout le danger. Les e
de huit à quatorze ans et les adultes furent alors plus s
atteints. Les accidents se réduisaient parfois à un
catarrhe avec rougeur et gonflement de la luette et des
dales qui guérissait ou spontanément ou par l'usag
vomitif ou de quelques boissons diaphorétiques.

D'autres fois la maladie débutait, la nuit, par un a
toux suffocante, évidemment laryngée. Le lendema
trouvait les amygdales et la luette rouges, enflées,
vertes, par places, d'un enduit blanchâtre et transpar
gêne de la respiration était, par intervalles, si intens
mort paraissait imminente. Et cependant le mal, qui
rait guère au delà de quarante-huit heures, cédait si
traitement que pas un malade n'a succombé à la suite
seconde forme de la maladie.

Chez les adultes, la respiration était intacte, et on n'observait qu'une angine couenneuse des amygdales avec une fièvre variable, d'une durée moyenne de deux à quatre jours et exempte de danger.

Les conséquences que la maladie laissait après elle n'offrent rien d'exceptionnel à noter que la persistance et la profusion de la salivation et du coryza.

La médication fut celle qu'on employait de préférence à cette époque : gargarismes, émétiques, altérants scillitiques, angsues, irritants et dérivatifs à la peau. Plus la maladie ait variable, moins il est possible de juger de l'efficacité des oyens employés dans des cas assez différents pour que les ns fussent presque aussi fatalement terminés par la mort ie les autres par la guérison.

VII. TRAITEMENT. — Le traitement de l'angine diphthéroïde mprend deux ordres d'indications, les unes locales, les tres générales.

Localement, je ne saurais trop fixer l'attention sur la nésité d'enlever le plus possible des fausses membranes. Je ppelle que cette extirpation est difficile et demande autant patience de la part du médecin que du malade. L'extirion se fait à l'aide de pinces à torsion ou de pinces ansement; les secondes sont en général d'un meilleur emi. Il faut s'y prendre à plusieurs reprises et essayer d'arher la fausse membrane par un point quelconque de sa face, sans espérer la décoller par les bords. Les malades ouvent en somme plus de gêne de l'abaissement de la gue que de douleur de l'opération. La membrane muuse du voile du palais, si susceptible à certaines excitas, est en somme peu sensible, même à l'état normal, et ici est presque anesthésiée du fait de la maladie. On a, sous pport, des idées préconçues qui ne s'accordent pas avec érience. De ce que le chatouillement de la luette ou du du palais provoque de violentes contractions muscus, on conclut trop volontiers qu'une irritation vive sera érable. Chez un individu en pleine santé, on peut pres-

que impunément serrer avec une pince le bord libre du voile du palais ou la luette.

Si on n'a pas eu soin de détacher les fausses membranes, les remèdes topiques n'agissent pas sur les parties qu'elles revêtent et ne modifient en rien l'état des plaques pseudo-membraneuses. Leur action ne s'exerce que sur les portions de la muqueuse relativement saines.

Nous sommes très-incomplétement édifiés sur le mode de production des fausses membranes diphthéroïdes ou diphthériques; mais, sans avoir de preuves décisives, je crois qu'il est dangereux de laisser les foyers d'exsudation à leur libre développement. Il me paraît être d'expérience qu'en détachant les plaques formées on diminue d'autant la tendance qu'a la lésion à s'étendre. Depuis que ce mode de traitement est devenu pour moi l'antécédent obligé de toute médication locale, je n'ai pas observé des exsudats aussi larges et aussi envahissants.

La muqueuse ainsi mise à nu sera modifiée par des caustiques à doses variables. Il n'est pas nécessaire d'employer les caustiques en substance, et je leur préfère des solutions dont on change le degré suivant les résultats. Il est bien de caustiques solubles ou liquides auxquels je n'aie eu cours, et malgré ces essais répétés, je ne saurais établir entre ces divers agents une subordination. Chaque cas semble exiger que, sous ce rapport, répondre à des indications individuelles, et les médecins qui n'ont essayé qu'un seul produit sont ceux seuls qui ne mettent pas en doute sa supériorité. Les résultats obtenus doivent servir de guide. Si un caustique est inefficace, mieux vaut en éprouver un autre que de s'habituer à son usage; j'inclinerais à admettre, sous toute réserve, que le perchlorure de fer en solution saturée et la teinture rendent les meilleurs services, qu'après eux la solution de nitrate d'argent (solution variable du quart au dixième) est utile surtout au début; après ces agents et beaucoup au-dessous viennent les sels de zinc, chlorure et sulfate, le plus dilués et les sels caustiques de mercure qui doivent être, plus souvent, éliminés du traitement.

Les cautérisations, pour être actives, doivent se répéter sou-
ent, au moins quatre ou cinq fois par jour; elles sont d'au-
ınt plus efficaces qu'elles portent sur des surfaces dépouillées
réalablement des fausses membranes. On voit alors, sous
influence du caustique, la muqueuse granulée, saignante,
devenir plus lisse et perdre en partie sa rougeur ar-
ente.

S'il est incontestable que la cautérisation modifie très-avan-
geusement les points où siégeait la fausse membrane, son
tion est plus discutable lorsqu'il s'agit des parties saines.
irritation dépasse souvent la mesure, elle entretient, si elle
exagère, l'état inflammatoire et peut ainsi préparer la voie
l'exsudation. On évite ce danger par une précaution que je
ommande sans crainte de paraître trop minutieux. Sitôt
rès chaque cautérisation, le malade se lavera la bouche avec
e solution astringente légère, une décoction de feuilles de
ires ou d'aigremoine par exemple, ou avec une solution éga-
nent peu chargée de borate de soude, de chlorure de so-
ım ou de nitrate de soude.

Dans l'intervalle, les gargarismes un peu moins atténués
ıt certainement utiles et doivent être presque incessam-
nt répétés. Ici comme toujours les injections locales sont
beaucoup supérieures aux gargarismes, elles détergent
s profondément et donnent les bons effets des irrigations
les surfaces enflammées.

a température des gargarismes ou des injections n'est pas
fférente : les liquides chauds sont préférables aux liquides
sse température.

ai indiqué en décrivant la maladie, ses modes variés de
agation. Le médecin doit avoir toujours l'attention éveil-
t ne pas se contenter d'agir sur la paroi du pharynx acces-
à la vue. Lorsqu'un avertissement comme l'épistaxis, la
eur d'oreille, ou l'enrouement et la toux ont appris que
sion marche vers les fosses nasales ou vers l'épiglotte, il
lus sage de la devancer que de l'attendre.

ns le premier cas on fera bien de soulever avec un crochet
sse, petite opération plus facile qu'il ne semble, le voile

# ANGINES CATARRHALES

## DES ANGINES CATARRHALES EN GÉNÉRAL

Les affections de l'arrière-gorge auxquelles s'appliqu
dénomination de *phlegmasies catarrhales*, se présentent
des caractères trop indécis et sous des formes trop va
pour qu'il soit possible d'en généraliser la description.

Lorsqu'au lieu de se contenter d'une vue d'ensemb
essaye de les subdiviser en espèces, on éprouve de grand
ficultés. Quelques-unes de ces phlegmasies ont été l'
d'études spéciales, mais les observateurs limitant arbitr
ment le champ de leurs recherches, n'ont souvent établ
des types artificiels ou contestables. On peut dire, sans c
d'être taxé d'exagération, qu'à ce point de vue, presqu
est à faire et tout est à refaire. La nouveauté du sujet
d'excuse à ce qu'ont d'insuffisant et d'incomplet les
qui vont suivre; en même temps, elle rend indispe
quelques considérations préliminaires.

I. Tout d'abord on doit réserver le nom de catarrha
angines qui ont pour caractère de provoquer un tro
sécrétion de la membrane muqueuse, avec congestion
moins vive, plus ou moins généralisée de la totalité
membrane ou spécialement des appareils sécréteurs
trent dans sa composition.

On élimine ainsi de cette classe déjà trop compré
les phlegmasies qui ont pour conséquences des alt
profondes, de nature à désorganiser les tissus ou à

aissance à des produits pathologiques de nouvelle formation
plus ou moins durables.

J'en sépare également, quoique avec certaines réserves, les
igines inflammatoires qui ont été l'objet de descriptions iso-
es, et qui n'exerçant sur les sécrétions qu'une influence se-
ndaire envahissent la totalité du tissu et semblent se com-
rter à la gorge comme elles le feraient si elles occupaient
s membranes d'une texture toute différente.

Les inflammations catarrhales se subdivisent en aiguës ou
roniques, et comme cette division consacrée est trop rigou-
use pour s'adapter à tous les cas, on admet le type inter-
édiaire des inflammations subaiguës.

Je me bornerai à un exposé très-sommaire des formes aiguës
général dépourvues de gravité, guérissant spontanément
par de simples précautions de régime, dans un court es-
ce de temps, n'acquérant d'importance que lorsque l'inflam-
ation se propage aux organes voisins, et ne représentant
ordinaire qu'un des stades de la maladie plus étendue à
quelle elles se rapportent.

Les formes subaiguës rentrent de plein droit dans le cadre
s angines chroniques. Il est d'expérience que les catarrhes
tturaux, même les plus longs et les plus passifs, sont su-
s à de fréquentes exacerbations : ils oscillent ainsi entre
chronicité vraie et une acuité incomplète qui aggrave
omentanément les accidents, sans changer la nature de
ngine.

Les phlegmasies chroniques de l'arrière-gorge méritent par
ir fréquence et par leur diversité, par les sensations péni-
s ou incommodes qu'elles infligent, et j'ajouterai par l'im-
rfection de nos connaissances, une longue et attentive des-
ption.

A l'exception des angines éruptives et des productions can-
reuses, la plupart des maux de gorge chroniques prennent
is ou moins l'aspect catarrhal, en ce sens qu'ils se concen-
nt de préférence sur les appareils sécrétants, ou qu'ils n'en-
ment pas d'altération profonde, de destruction ou de dé-
nérescence des tissus.

C'est assez dire qu'il faut ou se contenter des plus vagues généralités sur les angines chroniques envisagées en bloc, ou s'appliquer à décomposer la classe pour en détacher les espèces qu'il est possible, dans l'état actuel de la science, de fonder sur des caractères de quelque précision.

II. La spécificité pathologique, quelle que soit la définition toujours obscure du mot, se conclut ou des symptômes et lésions, ou des causes qui ont engendré l'affection. Elle est pour caractériser la méthode qui a présidé à la constitution l'espèce, ou nosologique ou pathogénique.

Un érythème d'origine vénérienne, une éruption papuleuse produite par un agent toxique, lors même qu'ils n'auraient pas de signes distinctifs, n'en seront pas moins spécifiques si on peut remonter sûrement à la maladie première dont ils sont une expression. Le problème ne reçoit sa solution complète et vraiment définitive que quand il est possible d'assigner à la lésion et aux symptômes des caractères assez précis pour autoriser à eux seuls un diagnostic que vient compléter la notion de la cause. Au lieu de procéder de la cause à l'effet, on suit alors la route plus sûre qui mène du fait à sa raison d'être.

Lorsque la relation entre le symptôme et la maladie est assez exactement connue pour que le premier des deux termes conduise à l'autre, lorsque, en un mot, la notion clinique est achevée, l'espèce se définit avec une précision qui rappelle de loin celle des espèces naturelles. La lésion qui représente le genre prend l'épithète qui imprime le cachet de la spécialité. Il en est ainsi, pour ne pas chercher d'autres comparaisons, de la roséole syphilitique, de l'arthrite goutteuse, de la périostéite scrofuleuse, etc.

Mais alors, et justement parce que la science est assez avancée pour permettre un classement méthodique, l'épithète spécifique s'adapte exclusivement à la dénomination générique qu'elle complète, et ne saurait être accolée au nom de la classe ou de l'ordre. Il n'y a pas plus d'umbellifera virus d'inflammation syphilitique.

Or, s'il est en médecine une catégorie de lésions embras-
ıt dans la multiplicité de ses formes des états pathologiques
listincts, rapprochés à peine par de douteuses analogies, et
i ne saurait être élevée à la dignité de *genre*, c'est certaine-
nt celle des inflammations chroniques. Dire aujourd'hui
n organe qu'il est atteint d'une phlegmasie chronique pri-
ive n'étant pas la terminaison ou la seconde phase d'une
ammation aiguë directement constatée, c'est avouer que,
hant peu de chose de l'altération anatomique et des symp-
ıes, on se tient au général faute de pouvoir atteindre le
ticulier.

es membranes muqueuses sont, sous ce rapport comme
s tant d'autres, dans une condition exceptionnellement
ıvorable, et qu'elle soit aiguë ou durable, l'inflammation s'y
ıtre d'ordinaire sous ses formes les moins accusées.

e temps n'est pas encore venu où les phlegmasies chroni-
s des membranes muqueuses, et même celles de l'ar-
e-gorge, quoique accessibles à la vue, pourront se dé-
poser en espèces ou en genres ayant leur définition
ureuse. A défaut d'une classification définitive, au moins
vient-il de rechercher les éléments d'une division pro-
ire qui répande un peu d'ordre et de lumière dans cette
usion.

ai dit que la spécificité, et ici le mot devient tout au plus
ıyme de formation d'un type, reposait ou sur l'enquête
ogénique ou sur l'observation directe et enfin sur la com-
ison des deux données.

ıyons dans quelle mesure il est possible d'appliquer aux
nes chroniques l'une ou l'autre méthode de classe-
t.

. Pathogéniquement, il existe un certain nombre de dia-
ɜs qui, soit au début, soit à un stade plus avancé de leur
ıtion, retentissent sur l'arrière-gorge. De même que per-
e n'est surpris de voir la scarlatine ou la rougeole occuper,
son parcours, des membranes et des organes très-divers,
ême il n'y a pas lieu de s'étonner qu'une affection générale

de l'économie à lente progression ne se limite pas ou à u
seule région ou à un seul appareil organique.

Les états constitutionnels, qui se dispersent ainsi et qui
un moment donné, se localisent à la gorge en y occasionn
une phlegmasie catarrhale chronique ne sont pas très-nom
breux. Ils rentrent dans les types classiques de l'arthritism
de la scrofule, de l'herpétisme, etc., ou ils sont tellement in
viduels qu'ils échappent à tout classement.

Je ne crois pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de
science, d'affirmer, à l'aide de caractères précis, la nature d
thésique d'une angine catarrhale, mais sans atteindre
certitude, on peut souvent s'arrêter à une probabilité q
est, en médecine, un des modes admissibles du savoir.

L'empêchement vient de ce que les symptômes peu accus
se réduisant à des degrés variables de rougeur, de congesti
à des troubles de sécrétion indistincts, n'ont rien de pathog
monique. Toute symptomatologie qui s'énonce par un plus
par un moins reste douteuse, tandis que l'apparition d'un ph
nomène nouveau, incompatible avec l'aspect normal ou
fonctions physiologiques de l'organe, acquiert la valeur d
signe absolu de maladie.

Un autre obstacle tient à ce qu'un grand nombre d'ind
dus sont affectés d'angines catarrhales secondaires, relie
d'une ou plusieurs angines phlegmasiques aiguës qui, exem
de gravité, n'ont pas laissé dans l'esprit du malade ou du
decin trace de leur passage. On peut dire de beaucoup de s
disposés aux phlegmasies aiguës de l'arrière-gorge, que
tervalle qui sépare les inflammations représente une rémi
plutôt qu'une guérison complète. L'aptitude à l'angine c
rhale n'est plus sous la dépendance d'une diathèse; el
toute locale et reconnaît pour cause la maladie inflamm
antécédente qui deviendra dans l'avenir la cause so
méconnue d'une série de rechutes.

Il importe donc, toutes les fois qu'on voudra être rens
sur la nature d'un catarrhe chronique de l'arrière-gorg
s'enquérir avec soin des inflammations qui l'auraient pré
Il ne suffira pas de se renseigner près des malades, mai

evra constater, par un examen direct, l'état des parties, et chercher s'il existe, particulièrement aux amygdales, des gnes reconnaissables de lésions antérieures.

En l'absence de tout antécédent aigu, la phlegmasie chroque s'étant installée d'emblée sous la forme où elle se maint, peut-on au moins soupçonner l'influence pathogénique une diathèse? L'arthritisme tient assurément la première ace parmi les constitutions morbides dont il est permis au édecin de soupçonner plutôt que d'affirmer l'existence. Seulent, et quelque plausible qu'elle soit, la supposition n'aura nais de confirmation directe. J'ai montré, en traitant de ngine rhumatismale, que le mal de gorge n'apparaissait 'avant l'éclosion du rhumatisme articulaire, et qu'il apparait fréquemment aux prodromes, sans jamais se produire nme conséquence de la maladie.

Il en est de même de l'angine qu'on peut rattacher à la diase goutteuse, elle est essentiellement prodromique, et les utteux confirmés, si on me passe le mot, ne sont pas plus clins que d'autres à des affections gutturales. On n'a donc à son service l'élément rigoureux d'une maladie existante, usée par des signes d'une incontestable authenticité, et, lieu de constater le présent, on en est réduit à préjuger venir.

Ma conviction est que l'angine catarrhale chronique devance vent, plus souvent qu'on ne l'admet, ces manifestations ux caractérisées de la goutte articulaire, et on en trouvera s loin des exemples; mais je ne me dissimule pas combien st difficile de faire adopter cette opinion.

L'histoire de la goutte si bien élaborée, si remarquablement evée, quand la maladie est munie de tous ses symptômes, e encore très-obscure à ses périodes initiales, où la malas'essaye pour ainsi dire et attend son complément pathoque. Il s'en faut de beaucoup que l'angine soit la seule es manifestations préalables; à côté d'elle et au-dessus le, il faut placer les vertiges, certaines formes de dyspepcertains modes de fluxions des reins, avec ou sans gravelle, éphalalgie intermittente et tant d'autres phénomènes que

les observateurs les plus expérimentés ne discernent qu'à longue. Une fois concentrée à ses siéges d'élection, la gou n'a plus de localisations du même ordre, et si elle se déplac comme on le dit pour exprimer qu'elle atteint des organ moins habituellement affectés, c'est avec un tout autre app reil symptomatique. Est-il besoin de rappeler qu'une affecti quelle qu'elle soit, se montre sous des formes différentes à période des prodromes ou à celle de la cachexie terminale.

L'angine catarrhale chronique, qu'il serait permis de co sidérer comme d'origine arthritique, est toujours diffuse : envahit l'arrière-gorge en totalité, semble prédominer à l'entrée de l'isthme, sur les piliers, au voile du palais, n'épargne en réalité aucune portion. Sous ce rapport, elle rapproche de l'angine rhumatismale, au même titre qu goutte d'intensité moyenne se rapproche du rhumatis Elle est en général accompagnée d'une sensation d'ardeur de sécheresse, exacerbante dans sa longue chronicité, p continuellement et plus vivement incommode que les esp limitées au pharynx ou aux amygdales. Comme elle ne borne pas à l'enfance et à l'adolescence, et comme elle de souvent à l'âge adulte, elle préoccupe davantage les mal à ce point que quelques-uns deviennent de véritables chondriaques pharyngés. Leur inquiétude s'accroît encor besoin par l'insuccès du traitement banal qu'on applique distinctement à toutes les phlegmasies chroniques de rière-gorge, sans tenir compte de leur nature et de leur son d'être probables.

La scrofule figure aussi parmi les causes diathésiques angines catarrhales durables. Néanmoins on l'a le plus vent, et même à peu près exclusivement, fait interv dans la genèse de l'amygdalite. L'origine scrofuleuse plupart des hypertrophies tonsillaires ne prête pas au d pour beaucoup de médecins qui continuent cette opi traditionnelle, sans éprouver le désir de la contrôler.

A l'inverse du catarrhe diffus, la phlegmasie chronique amygdales est propre à l'enfance et à l'adolescence. On voit jamais se déclarer à une époque plus avancée de la

out au plus se continue-t-elle, par exception, jusqu'à l'âge
nûr; mais, lors même qu'elle se prolonge, elle va toujours
n décroissant. Chez un grand nombre de sujets, peut-être
ans la majorité des cas, l'hypertrophie, ou plutôt l'excès de
éveloppement des amygdales, doit être réputé congénital;
est assez dire qu'on ne saurait l'imputer à la scrofule.

Cependant, quand des opinions, même dépourvues de preu-
ɜs suffisantes, se perpétuent dans la science, il est bien rare
ı'elles ne reposent pas sur quelque vérité partielle. Les
ısons qui militent en faveur de l'étiologie scrofuleuse attri-
ıée aux amygdalites chroniques et catarrhales sont tirées
oins de la nature des lésions, de leurs conséquences et de
ır ténacité que de leur mode de propagation. Il est d'expé-
ɜnce que les jeunes sujets atteints d'inflammation tonsillaire
ronique sont également prédisposés à des catarrhes répétés,
ɜrmittents plutôt que continus, des parties voisines. Il
nble que de l'amygdale, comme d'un foyer, la phlegmasie
adie dans les conduits revêtus de membranes muqueuses
i viennent s'aboucher dans le pharynx : fosses nasales, la-
ıx, trachée, trompes d'Eustache. Tantôt ces inflammations
ɜsagères se dissipent en quelques jours ou en peu de se-
ines, tantôt au contraire elles se fixent et deviennent une
ɑplication plus fâcheuse que l'affection primitive qui d'ail-
rs n'est ni supprimée ni modifiée. J'ai, à propos d'une des
nes de l'angine érysipélateuse, signalé ces phlegmasies
ɔndaires qui procèdent par poussées inégales.

ette tendance à la diffusion ne suffit pas pour justifier la
omination d'angine scrofuleuse; mais, chez certains indi-
ıs, elle est tellement prononcée qu'il est bien difficile de
ɑas l'attribuer à une disposition constitutionnelle. On voit
ɜffet des malades qui, sous l'influence d'une amygdalite
istante, sont sujets à diverses reprises, chaque année, à
fluxions consécutives qu'il est possible de prévoir tant
sont l'accompagnement obligé des recrudescences de
ygdalite. Pour les uns, tout s'efface et disparaît rapide-
t; pour les autres, les seuls qu'il soit permis de supposer
ɔhés de scrofule incomplète, les membranes muqueuses

deviennent le siége de lésions profondes, d'un coryza av
ozène, d'une obstruction des trompes avec surdité, de bl
pharites qui s'éternisent malgré l'activité et la persévéra
du traitement.

Il est probable que la scrofule vraie, celle qui ne rep
sente pas une aptitude, mais une maladie, peut se lo
liser sur l'arrière-gorge. C'est sans doute aux scrofu
gutturales qu'il faudrait rattacher ces angines ulcéreu
qu'on attribue, faute de mieux, à une syphilis anom
mais jusqu'à présent l'histoire de ces affections est trop i
parfaite pour qu'on y trouve même les points d'attente d
description meilleure.

L'herpétisme, plus encore que la scrofule, a été rendu r
ponsable d'un certain nombre d'angines catarrhales c
niques ne donnant pas lieu à des éruptions définies, m
caractérisées seulement par une hypertrophie ou par des i
gestions durables des follicules du pharynx.

On trouvera plus loin, au chapitre des pharyngites ca
rhales, un exposé critique des opinions émises sur les gr
lations du pharynx, qui me dispense d'entrer ici dans de
longs développements.

En résumé, chacune des diathèses que je viens d'énum
aurait pour siége une région spéciale et restreinte de l'arr
gorge, sans s'accuser sur les points où elle limite son a
par des caractères positifs. A cette donnée, d'ailleurs co
table, se bornent nos connaissances actuelles.

Une autre affection qu'on pourrait à la rigueur ap
aussi diathésique, en profitant de l'élasticité du mot.
paru s'annoncer par quelques manifestations prélimin
de l'arrière-gorge. Je veux parler de la tuberculisation
monaire. On sait que la laryngite chronique avec ra
spéciale de la voix débute, chez certains tuberculeux,
même date que les premiers signes fournis par l'auscultat
si même elle ne les devance. J'ai observé, à diverses rep
et les cas se sont multipliés à mesure que mon attention
fixée davantage sur ce point, une angine également c
nique caractérisée par le développement de varices

urales et par de petites hémorrhagies. J'avais d'abord consi-
éré cette variété comme dépourvue d'importance ; mais en
oursuivant l'observation du malade plutôt que celle de la
sion, il m'a fallu reconnaître que ces petites hémorrhagies
'étaient pas sans signification, et j'ai cru devoir leur consa-
'er quelques pages.

Quoi qu'il en soit, la spécificité pathogénique des inflam-
ations chroniques de l'arrière-gorge ne m'a pas semblé
sez solidement établie pour servir de base à une clas-
ication. Jusqu'à meilleur informé, il m'a paru préféra-
e de demander aux phénomènes directement observés
caractères destinés à fonder les espèces que je n'admets
illeurs qu'à titre provisoire. Une fois ces caractères cons-
és, il sera temps de rechercher jusqu'à quel point chaque
e concorde avec un état diathésique ou constitutionnel
ini.

V. Nosologiquement, les phlegmasies chroniques de l'ar-
'e-gorge, ainsi réduites de parti pris à des altérations sup-
ées locales, peuvent-elles être différenciées d'après le siége
l'après la forme des lésions?

n se représentant la membrane muqueuse comme un
homogène, et sans faire acception des éléments divers
t elle se compose, on observe des phlegmasies chroniques
ıpant en totalité la région de l'arrière-gorge, ou, au con-
'e, se limitant d'elles-mêmes, en dehors de l'intervention
apeutique, à une seule portion.

ıns le premier cas, l'affection envahit successivement ou
ıltanément le pharynx, le voile du palais y compris les
rs et les amygdales, et le plus souvent il est impossible
ouver un point où la lésion prédomine.

ns le second cas, le siége d'élection ne se détermine pas
ısard, et on peut indiquer d'avance les quelques provin-
e la région où il lui est permis de se manifester iso-
ıt.

'inflammation chronique envahit les amygdales : la phleg-
chronique tonsillaire a été l'objet de tant de disserta-

tions sinon de tant d'études monographiques, qu'il n'est pas besoin d'insister sur cette localisation classique.

2° Elle se borne à la paroi postérieure ou peut-être à la cavité tout entière du pharynx, dont la face postérieure est seule accessible à la vue.

3° Elle n'occupe pas le voile du palais en totalité, mais elle affecte ou la luette dont les phlegmasies chroniques ont été décrites, ou la face buccale des piliers antérieurs. Cette dernière localisation plus fréquente est peut-être la seule qui soit restée inaperçue. On constate à l'état normal, chez un grand nombre de sujets, une coloration d'un rouge assez vif formant sur les piliers antérieurs comme une plaque elliptique, allongée dans le sens de la longueur du pilier, et se distinguant nettement des parties voisines par l'excès de sa vascularité. C'est là que débutent un certain nombre d'angines inflammatoires aiguës, et que viennent se fixer des inflammations chroniques qui empruntent à leur siége quelques particularités sur lesquelles j'aurai à revenir.

V. Si, au lieu de considérer la membrane muqueuse à la superficie, on recherche, en étudiant les éléments qui la constituent, à saisir la part de chacun d'eux dans la phlegmasie chronique, l'investigation n'a plus pour objet le fait apparent, mais la localisation réelle de la maladie. C'est dirigée dans ce sens que l'étude doit aboutir à des notions positives, mais il s'en faut que nous soyons près de toucher le but. Les phlegmasies franchement aiguës, envahissant des uniformes, intéressant la totalité ou la presque totalité de la membrane, se prêtent rarement à ces analyses. Les inflammations chroniques, au contraire, moins précipitées, sont généralement moins tumultueuses; les parties voisines de celle où s'est concentrée l'affection y prennent moins part, et les traits partiels restent plus distincts. Aussi est-ce en limitant le problème aux phlegmasies chroniques qu'on aura chance de le résoudre.

Les éléments anatomiques qui entrent dans la composition de la membrane muqueuse de l'arrière-gorge ne sont

dehors des nerfs, des muscles et des vaisseaux, ni très-nombreux ni très-complexes. Outre l'épithélium qui y conserve partout la même structure, outre la couche amorphe et le tissu cellulaire, on ne trouve que deux ordres d'appareils sécrétants bien définis.

L'inflammation peut occuper ou tous ces éléments à la fois, ou se borner à un seul, ou surtout être prédominante dans l'une des parties constituantes et n'affecter les autres que secondairement.

Quel que soit le siége histologique où elle se fixe, elle peut différer à la fois de forme et de degré, et apporter ainsi un trouble variable à l'exercice de la fonction.

Ces limitations sont possibles, probables même, mais nous manquons de moyens d'examen propres à nous les faire reconnaître. Il n'existe pas pour nous une inflammation si bien circonscrite dans l'appareil sécréteur qu'elle ne s'étende aux parties ambiantes, et tout au plus nous est-il permis de constater, moitié par l'inspection, moitié par l'état de la fonction, l'élément anatomique où l'affection prédomine. Ajoutons que si l'anatomie de structure a acquis aujourd'hui une remarquable exactitude, il s'en faut que la physiologie ait suivi d'un pas égal le progrès. Tandis que pour la peau nous avons des données précises sur les distributions des divers appareils sécréteurs, pour les membranes muqueuses en général, et pour celle de la gorge qu'on devrait mieux connaître, nous en sommes encore réduits à supposer que les produits sécrétés sont identiques quel que soit l'appareil où ils ont pris naissance, et nous ignorons les conditions qui à l'état normal favorisent ou entravent la sécrétion de ce mucus qu'on destine à lubrifier les organes. Si nos renseignements sont à ce point incomplets quant aux conditions normales et, par suite, quant aux aptitudes pathologiques des appareils sécréteurs de la muqueuse, nous sommes encore moins édifiés relativement aux modifications auxquelles se prête le tissu amorphe intermédiaire et à l'influence qu'elles peuvent exercer sur les organes de sécrétion. L'anatomie pathologique *post mortem* fait défaut là comme

dans toutes les affections qui n'occupent pas un parenchyme, et l'anatomie vraiment autoptique, celle qu'on peut poursuivre sur le vivant quand les parties malades sont d'un facile accès, n'a que des ressources restreintes.

Indiquer ces desiderata, ce n'est pas seulement dresser l'inventaire du peu que nous sommes en mesure de connaître, c'est entrer dans le vif de la question des angines chroniques inflammatoires.

Quelle est, en effet, la phlegmasie chronique qui dans cette nosographie spéciale occupe le premier rang, et qui semble, comme je l'ai dit en commençant, résumer toutes les autres ? L'inflammation catarrhale.

Or, sous le nom d'affection catarrhale, il est devenu presque classique de réunir toutes les inflammations des membranes muqueuses, parce que toutes s'accompagnent d'un trouble plus ou moins intense de sécrétion ; les divisions s'établissent d'après les caractères du produit excrété, ou d'après les phénomènes généraux qui compliquent la lésion locale. Il suffit de soumettre à une révision l'état actuel de nos connaissances sur un des catarrhes les plus communément observés, celui de la muqueuse des bronches, pour constater la difficulté de poser des définitions rigoureuses.

L'inflammation catarrhale de l'arrière-gorge, plus aisément observable dans les diverses périodes et dans les transformations auxquelles elle se prête, laisse encore bien des incertitudes. Il est probable que, suivant l'époque où on procéderait à l'examen direct d'une phlegmasie catarrhale de la gorge, on inclinerait à lui attribuer une nature ou une marche différente, au lieu de voir un des temps de l'évolution d'une seule et même maladie. Déterminer prématurément des espèces, c'est reculer plutôt qu'avancer le progrès, et il m'a paru qu'il valait mieux conserver l'expression générique de catarrhe chronique de la gorge, quitte à montrer les déviations du type en décrivant les formes qu'il peut revêtir.

VI. Ces considérations générales, comme toutes celles qui ont pour but de montrer l'imperfection de notre savoir

sembleraient assez confuses si je ne les résumais brièvement. L'arrière-gorge est le siége de phlegmasies chroniques observées très-superficiellement, et pour en faciliter l'étude, il est nécessaire d'apporter dans les divisions et, par suite, dans les descriptions, un ordre qui a fait défaut jusqu'ici.

La constitution des espèces peut être fondée ou sur la diathèse dont elle est une des manifestations multiples, ou sur les caractères positifs empruntés à l'observation des organes, et se reproduisant avec une suffisante exactitude chez les divers malades, pour que le médecin puisse, étant donné le nom, prévoir l'évolution de la maladie.

Ces caractères, qu'ils s'appliquent à une affection en rapport avec un état diathésique ou à une lésion sans relation connue avec l'ensemble de l'organisme, n'en sont pas moins spécifiques dans le sens médical du mot.

Bien que les inflammations chroniques de la gorge soient, dans un grand nombre de cas, sous la dépendance des dispositions générales de l'économie, le lien nous échappe le plus souvent, et on ne peut admettre qu'une corrélation hypothétique.

C'est dans l'étude de la lésion qu'il faut chercher les bases d'une classification. Or, en se conformant à cette indication, les inflammations chroniques peuvent être classées ou d'après leur siége apparent, c'est-à-dire leur plus ou moins de superficie, ou d'après leur siége réel, c'est-à-dire l'élément histologique.

J'ai dû, sans avoir d'autre droit à justifier cette subordination que l'imperfection de la science, prendre pour base du classement la division qu'on pourrait appeler géographique.

C'est ainsi qu'ont été constitués les divers types qui seront l'objet d'une description particulière, et à chacun desquels un chapitre est consacré.

## ANGINE CATARRHALE CHRONIQUE DIFFUSE

L'affection occupe toute la région à laquelle j'ai laissé le nom d'arrière-gorge, et si elle paraît prendre plus d'intensité sur quelques points, il n'en est aucun qu'elle épargne complétement.

J'attache une importance pratique à la constitution de ce type parce qu'il est vrai. L'angine diffuse représente dans ses lésions, dans la marche de ses symptômes, dans ses attaches avec les dispositions générales de la santé une unité pathologique. Elle n'est pas le degré plus avancé d'une inflammation partielle qui se serait propagée au delà de ses bornes ordinaires et elle n'aboutit pas davantage aux lésions des inflammations limitées.

I. SYMPTOMES. — 1re *période.* L'inflammation débute d'emblée sur toute la surface de l'arrière-gorge. Elle passe dans son évolution plus ou moins longue par des phases qu'il serait difficile de décomposer en stades ou périodes, et la seule manière de la représenter avec exactitude est d'en suivre le développement successif sans marquer les temps d'arrêt artificiels.

Les premières manifestations se réduisent à quelques sensations plutôt incommodes que douloureuses et que le malade accepte sans songer à les considérer comme le prélude d'une affection durable. Ces sensations se produisent en apparence spontanément ou sont tantôt provoquées et tantôt entretenues par toutes les causes d'irritation locale. Dès les commencements, le malaise prend un caractère qui témoigne déjà de la chronicité. Les irritants locaux semblent amener tout d'abord une amélioration passagère à laquelle succède, au bout d'un temps plus ou moins long, une aggravation des symptômes. Cet effet est surtout marqué après le repas, bien que la gorge soit plus congestionnée et après l'usage des bois-

sons stimulantes. L'angine est ainsi dans des conditions analogues à celles du rhumatisme musculaire primitivement chronique et qui devient moins douloureux après un exercice modéré des membres.

Bien que les sensations éprouvées par le malade soient vaguement exprimées comme tous les phénomènes subjectifs, on peut en distinguer deux sortes, et cette distinction, toute subtile qu'elle paraisse, n'est pas sans quelque signification.

Ou la douleur est continue, et alors elle se traduit par de la chaleur, de la sécheresse, etc., ou elle n'est guère provoquée que par la déglutition et elle disparaît lorsque le voile du palais reste immobile. Dans le second cas, l'affection a des exacerbations, elle varie de degré et se rapproche davantage de l'acuité.

Jusque-là l'angine ne se distingue pas des irritations passagères destinées à s'atténuer d'elles-mêmes. Il est regrettable qu'on ne soit pas en mesure d'établir un diagnostic dès le début, parce que c'est la seule période où un traitement aurait chance d'amener une guérison rapide. Mais les malades répugnent à recourir au médecin pour une indisposition si insignifiante, et le médecin lui-même, s'il était consulté, hésiterait à entreprendre une médication active.

Cependant les accès se rapprochent, et même dans leurs intervalles il reste une gêne incommode. Cette seconde période déjà moins indistincte, se caractérise par des signes locaux et par des troubles fonctionnels.

La gorge tout entière est d'un rouge terne, la membrane muqueuse du pharynx paraît moins congestionnée que les piliers antérieurs et postérieurs, qui semblent déjà épaissis, lorsqu'on fait, en abaissant la langue, contracter le voile du palais. En même temps, la sécrétion du mucus serait moins abondante si on en jugeait par l'aspect velouté des parties, elle est plus considérable si on s'en rapporte au dire du malade.

Il y a là une cause d'erreur qu'on retrouve dans un grand nombre d'affections chroniques de la gorge. Le mucus du nez qui descend en nappe le long de la face postérieure du pharynx, au lieu de glisser sur des surfaces amplement lubri-

fiées est ralenti dans son trajet. On le voit, si on a l'occasion de fréquents examens, adhérent par places, comme le ferait une fausse membrane, et on s'explique qu'il donne la sensation indistincte d'un corps étranger qu'on s'efforce de rejeter par l'expuition. Le mucus nasal s'accumule ainsi pendant la nuit et il est expulsé le matin au réveil sous forme de crachats faciles à reconnaître. C'est cette expectoration que le malade attribue à une augmentation dans la sécrétion de la gorge.

L'affection catarrhale peut ne pas dépasser ce degré et néanmoins persister pendant un temps indéfini. Chez les jeunes sujets la maladie prend rarement de plus hautes proportions, mais j'aurai à montrer que la bénignité est plus que compensée par les accidents secondaires auxquels les enfants et les jeunes gens sont disposés.

Chez l'adulte elle poursuit lentement et certainement sa marche et elle arrive à ce qu'on pourrait appeler le terme définitif de son évolution. La lésion devenue fixe ou à peine soumise à des variations insignifiantes se prête à une description plus rigoureuse.

2e *période.* Le malade n'en est plus à sa première indifférence. Bien qu'elle soit peut-être moins douloureuse qu'à son origine, l'affection se traduit par de pires incommodités. La sécheresse âpre, comparée à celle qu'on éprouve dans une atmosphère chargée de poussière, s'accompagne de gêne dans la déglutition de la salive, sans entraver, comme dans les formes aiguës, la libre ingestion des aliments. Les contractions musculaires s'exécutent maladroitement et il en résulte des accès de suffocation spasmodique ou des efforts de nausée. On peut, en abaissant la langue et en sollicitant des mouvements en masse des parties molles, assister à ces spasmes qui s'expliquent par la résistance inégale que la membrane muqueuse épaissie oppose au jeu régulier des muscles. Lorsque nous exécutons un mouvement musculaire sous le double contrôle de la vue et du toucher, il nous est toujours facile de le régler parce que nous nous rendons un compte exact et incessant du résultat obtenu. Mais lorsque l'exercice musculaire, bien

qu'il soit soumis à la volonté, s'effectue hors de la vue, dans un organe d'une sensibilité tactile indistincte, qu'il est plus instinctif que volontaire, on réussit mal à corriger ses écarts. De là les spasmes, les efforts presque convulsifs provoqués par ce qu'on pourrait dans certains cas appeler un ténesme de la gorge.

La sensation d'âpreté engage le malade à boire souvent, mais il est aisé de reconnaître qu'il n'éprouve pas de soif vraie. Il boit par petites gorgées et obtient ainsi un soulagement peu durable. Ce semblant de soif peut être porté à des degrés qu'on ne se figurerait pas si on ne les avait appris par l'expérience, et comme le malade est incapable d'une analyse d'ailleurs assez délicate, il se plaint seulement de boire outre mesure. La proportion des urines répond à celle des liquides ingérés, et il se fait une polydipsie avec une polyurie correspondante. Bien que l'exagération portée à ces extrêmes soit une rareté, je l'ai vue plusieurs fois occasionner des indécisions de diagnostic.

A quelque degré qu'ils se produisent, ces excès de boisson fatiguent à la longue l'estomac et déterminent des accidents gastriques qu'on ne réussit à guérir qu'à la condition d'en avoir découvert l'origine. On comprend combien il est difficile de remonter à leur cause, quand la raison est à chercher dans une angine à laquelle on n'attribue pas ordinairement de pareilles conséquences.

En outre, si ces dyspepsies secondaires prennent exceptionnellement de grandes proportions, elles se réduisent souvent à de simples incommodités. J'aurai à revenir sur ce point en parlant des angines chroniques catarrhales des enfants en bas âge.

Les sécrétions muqueuses sont soumises à des oscillations dont le coryza chronique donne une idée très-exacte, parce que la nature et la quantité des excrétions nasales sont aisément constatées. Pendant le jour, la déglutition, presque incessante, l'alimentation, les boissons sollicitent l'évacuation du mucus dont une partie seulement est rejetée au dehors. Pendant la nuit les produits muqueux s'accumulent, et c'est le matin

seulement qu'ils sont expués, sans efforts de toux mais par un mécanisme qui attend un nom scientifique. Les malades plus inventifs en fait de nomenclature disent qu'ils *graillonnent.*

Il serait inutile de décrire un fait si peu important et si bien connu, mais on peut se demander où s'accumulent les crachats gutturaux ainsi détachés chaque matin en quantité souvent considérable. J'avoue ne pouvoir m'expliquer où cette accumulation a lieu et comment il se fait qu'elle soit assez inoffensive pour que bien des gens n'expectorent qu'une demi-heure ou une heure après leur réveil. On éprouve les mêmes difficultés d'interprétation qu'il s'agisse du mucus nasal, de celui qui est sécrété par la gorge ou par une portion plus profonde de la membrane muqueuse des premières voies aériennes.

L'arrière-gorge n'étant pas suffisamment lubrifiée pendant le sommeil, il en résulte chez certains individus une sensation de gêne assez marquée pour provoquer le réveil. Les angines syphilitiques ne sont pas les seules qui s'exacerbent la nuit, les angines catarrhales intenses ont les mêmes recrudescences surtout quand elles sont aiguisées par un surcroît d'inflammation subaiguë. Les malades accusent alors des sensations tellement analogues à celles qu'éprouvent les syphilitiques que je ne saurais trop recommander de ne pas accepter l'exagération nocturne comme le signe pathognomonique de la syphilis de la gorge.

L'examen direct montre toute la région gutturale devenue le siége d'une même lésion. La membrane muqueuse est épaissie, d'un rouge plus ou moins vif, on y voit par places des saillies arrondies et qu'on attribue à l'hypertrophie de quelques follicules. Au toucher, la gorge est en général chaude, le doigt donne la sensation d'une consistance très-variable lorsqu'on appuie, lorsqu'on se borne à promener la pulpe du doigt sur les surfaces malades, elles paraissent comme veloutées. Quand l'affection est intense et date de loin, il est presque possible de mesurer le dégré et la durée de la maladie d'après le seul aspect de l'arrière-

gorge. La membrane muqueuse épaissie forme des replis ou des rides le long du pharynx et des piliers, visibles à l'œil nu et paraissant d'autant plus profondes que les saillies qu'elles limitent sont plus considérables. Il suffit, pour les apercevoir distinctement, de faire boire au malade quelques gorgées d'eau avant l'examen, précaution bien simple et sur laquelle je n'hésite pas à appeler l'attention.

L'angine catarrhale chronique diffuse, telle que je viens de la décrire, a pour caractère essentiel d'être généralisée. Elle porte à la fois sur toute la cavité pharyngienne limitée en avant par les piliers antérieurs. La face antérieure du voile du palais, qui pathologiquement appartient à la région de la bouche, n'y participe pas, et cependant on ne peut pas dire qu'elle soit complétement indemne.

Dans la plupart des cas sinon dans tous, elle est le siége d'une légère éruption miliaire consistant dans de petites élevures demi-transparentes, entourées d'une mince auréole rougeâtre et plus ou moins rapprochées; les élevures qui répondent probablement à l'orifice de petits follicules vont en diminuant de confluence depuis le bord libre jusqu'à la voûte palatine. Elles ne mériteraient pas une mention si elles n'avaient que leur signification propre.

De l'arrière-gorge une partie échappe à notre investigation, c'est la face postérieure du voile du palais, mais elle n'échappe pas à la maladie. Même avec les miroirs laryngoscopiques que j'ai employés assez souvent pour être familiarisé avec le manuel opératoire, on ne se rend pas compte de l'état de cette surface. Chez le plus grand nombre des individus affectés de catarrhe angineux chronique, la mobilité du voile du palais est, comme je l'ai dit, inégale et maladroite, la membrane est épaisse, le pharynx est rétréci et le miroir s'ajuste si mal qu'il faut le plus habituellement renoncer à son usage.

Il est probable cependant que la lésion, siégeant sur une partie contractile organisée pour des mouvements assez étendus et nécessaires à diverses fonctions, n'est pas sans importance. Or je crois, sans vouloir l'affirmer, que l'éruption mi-

liaire de la face antérieure donne par son intensité la mesure de l'altération qui occupe la face postérieure du voile du palais inaccessible à la vue.

II. ÉVOLUTION. — Le catarrhe chronique diffus constitue une espèce, non-seulement par son siége, mais par le mode de son évolution.

La région de l'arrière-gorge entretient avec les portions voisines des affinités physiologiques anatomiques et morbides. Distincte de la cavité buccale, dont elle semble entièrement séparée, elle se continue avec les fosses nasales, la portion inferieure du pharynx qui, elle aussi, a sa vitalité particulière, et avec la langue. Il est concevable que les affections de la gorge, proprement dite, tendent à se propager au delà, et, en effet, elles ont assez de propension à s'étendre pour que le mode de leur propagation aux parties voisines devienne une de leurs conséquences les plus graves et un de leurs caractères distinctifs.

La marche d'une angine ne comprend donc pas seulement le processus des altérations de l'arrière-gorge, mais elle implique leur plus ou moins d'aptitude à gagner en étendue, et la direction suivant laquelle s'accomplit ce progrès.

L'angine catarrhale diffuse semblerait se prêter plus que toute autre à envahir la membrane muqueuse en dépassant la sphère du gosier, et cependant il n'en est rien. C'est par la plus rare exception qu'elle touche le larynx. J'ai sous les yeux un exemple frappant de cette immunité. Un jeune ministre protestant, obligé par profession à un exercice excessif de la parole, vient me consulter pour un mal de gorge chronique qui lui inspire de vives inquiétudes, parce qu'il a vu beaucoup de ses confrères être forcés, à la suite de maladies analogues, de renoncer à la prédication.

J'examine la gorge, et je constate l'existence d'une angine catarrhale diffuse d'une intensité exceptionnelle. La membrane muqueuse est boursouflée, épaissie, d'un rouge demi-livide; les amygdales granuleuses. Cette forme d'angine, qui dure depuis plus d'un an à l'état subaigu, n'a pas altéré la

voix, qui reste vibrante et sonore, surtout quand elle est donnée dans son plein. Le malade, cependant, ne peut pas parler au delà de dix minutes, mais ce n'est pas qu'il s'enroue, c'est que la sécrétion de la gorge devient visqueuse, et qu'il est contraint ou de boire quelques cuillerées d'eau ou de s'arrêter. Dès qu'il a bu, il reprend sans gêne son discours. Ce jeune homme éprouve seulement, à un degré extrême, une sensation familière à beaucoup de ceux qui parlent en public. Une angine limitée au pharynx eût depuis longtemps déjà modifié le larynx et provoqué tout au moins une raucité passagère de la voix.

L'angine catarrhale diffuse ne détermine également, qu'à de rares intervalles et pendant les exacerbations subaiguës une irritation des fosses nasales ; elle ne compromet pas davantage la perméabilité des trompes d'Eustache ; le seul organe auquel elle se propage habituellement, c'est la langue.

Cette extension de l'inflammation catarrhale a dû passer d'autant plus inaperçue qu'en général nous considérons les modifications qui s'opèrent sur la surface de la langue comme des signes plutôt que comme des lésions. Sous l'influence de la phlegmasie qui lui a été communiquée, la langue se couvre d'un enduit blanchâtre, épais, s'interposant entre les papilles, plus abondant à la base et ne différant par aucun caractère appréciable des enduits dont l'apparition coïncide avec certains troubles des voies digestives. Les médecins n'hésitent pas à voir là une indication qui leur est familière, et ils instituent le traitement en conséquence. Les purgatifs ou les émétiques sont prescrits à doses répétées avec un insuccès qui lasse le malade et force à renoncer à une médication qu'on ne peut pas continuer indéfiniment. Plusieurs des symptômes que j'ai pris soin de décrire viennent d'ailleurs confirmer le diagnostic. Le malade se plaint d'avoir la bouche mauvaise, surtout au réveil, d'éprouver une soif constante qui s'exagère après le repas; il a le dégoût pour l'alimentation qu'entraîne une sécrétion viciée de l'arrière-gorge. En faut-il davantage pour autoriser à conclure à l'existence d'une de ces dyspepsies qu'on affirme aujourd'hui si volontiers

avec encore moins de raisons. Tout homme qu'on met artificiellement sur la voie d'une affection de l'estomac finit par en découvrir des symptômes et par donner raison au diagnostic.

J'ai eu tant de fois à rectifier des erreurs de ce genre, que je ne puis me dissimuler à quel point elles sont fréquentes. Quand un malade, quel qu'il soit, exempt de fièvre, a la langue habituellement sale, il est utile de procéder à l'inspection de l'arrière-gorge. En supposant que l'exploration donne cent fois contre une des résultats négatifs, elle est si simple, qu'il n'y a pas d'inconvénient à la tenter. Il n'est pas nécessaire, pour que l'inflammation sécrétoire gagne la langue, que l'angine soit arrivée à ses périodes extrêmes : même au début, même lorsqu'elle se restreint à de minimes proportions, elle peut se traduire par cette lésion secondaire. On comprend quelle action le fait, une fois établi, exercera sur le traitement, et combien il le simplifiera en substituant des gargarismes ou des remèdes topiques aux médicaments ingérés dans l'estomac.

Chez l'adulte il n'y a, comme on l'a dit, jamais de mal à purger son homme, mais chez les enfants la chose a plus de portée, et j'y reviendrai en traitant des angines aux différents âges de la vie.

L'inflammation catarrhale chronique de la gorge n'a pas de durée limitée; on rencontre des malades qui, par négligence, par découragement, par la crainte de paraître se préoccuper d'un malaise insignifiant, conservent pendant plusieurs années une affection qui se concilie avec une santé d'ailleurs irréprochable. L'exemplaire le plus achevé que j'aie eu à observer existait chez un médecin qui m'avoua n'avoir jamais supposé que ce qu'il considérait comme un état constitutionnel, tant il datait de loin, fût une maladie curable.

III. AGES.—L'angine catarrhale diffuse est surtout fréquente à l'âge moyen de la vie; elle s'éteint graduellement à mesure qu'on se rapproche de la vieillesse. La vitalité du pharynx est très-amoindrie chez les vieillards qui ont le plus ordinairement la muqueuse de l'arrière-gorge amincie et décolorée,

comme celle de la bouche et comme la muqueuse nasale. Les affections catarrhales ont alors d'autres localisations : il est d'expérience vulgaire que les rhumes de cerveau, aussi bien que les angines sont peu compatibles avec la sénilité.

On aurait tort, au contraire, de supposer que même pendant les premières années de la vie les enfants soient exempts des phlegmasies catarrhales chroniques de la gorge, j'en ai vu des cas durant la première enfance, et si les occasions sont rares, c'est que pour les voir il faut les chercher. Les enfants accusent mal des sensations qui ne s'accompagnent pas d'une assez vive douleur. A plus forte raison quand ils n'ont pas encore atteint l'âge où ils sont capables d'énoncer leurs malaises, ne les expriment-ils pas par des gestes qui resteraient le plus souvent incompris. Ajoutez que plus l'enfant est jeune, plus l'examen de la gorge est difficile et demande d'habitude de la part du médecin. On est forcé de s'y reprendre à plusieurs fois à cause de l'afflux de la salive et des efforts de vomissements, de recourir à l'assistance de plusieurs personnes et de donner ainsi à une inspection, dont la nécessité n'est rien moins que démontrée, l'appareil d'une opération.

C'est dans l'enfance surtout que l'aspect de la langue doit éveiller le soupçon d'une angine. Une petite fille de deux ans et demi, élevée par sa mère avec une sollicitude presque excessive, était depuis près d'un an sous l'influence d'un malaise général qui se traduisait par le manque absolu d'appétit. L'alimentation insuffisante entretenait une constipation difficile à vaincre; de la fatigue, de l'insomnie. L'enfant devenait pâle, maigrissait, et sa santé finit par causer de vives inquiétudes. Le médecin appelé à la soigner y avait apporté une consciencieuse attention. La langue était constamment sale, condition rare chez les enfants de cet âge : il supposa qu'une dyspepsie primitive pouvait expliquer la maladie. La médication, dirigée dans ce sens, eut pour seul effet de provoquer quelques accès de diarrhée, mais ne modifia en rien l'état général. L'enfant ne mangeait pas, ou ne consentait à prendre quelque nourriture qu'avec une évidente répugnance. C'est dans ces conditions, et après avoir tenté un grand nombre de remèdes exac-

tement suivis, que l'enfant me fut amenée ou plutôt apportée, car elle marchait à peine. L'inutilité des remèdes appropriés m'eût détourné de l'idée d'une affection gastrique, si je n'avais d'ailleurs été convaincu d'avance que les dyspepsies infantiles ne se présentent jamais sous cette forme, qu'on ne rencontre que chez les adultes, et même chez les adultes hommes. Si la dyspepsie existait, elle devait être secondaire et sous la dépendance d'une autre maladie que l'examen répété de tous les organes abdominaux et thoraciques ne révélait par aucun indice.

Après bien des tâtonnements improductifs, j'eus, de guerre lasse, l'idée d'examiner la gorge, ne soupçonnant alors ni que l'angine chronique pût se développer à un si jeune âge, ni qu'elle pût avoir sur l'état de la langue une telle action. L'arrière-gorge présentait à un haut degré les caractères de la phlegmasie catarrhale diffuse; sa rougeur contrastait avec la pâleur des lèvres et de la bouche; la muqueuse était épaisse et ridée, la luette longue et œdémateuse. Une fois sur la route d'une recherche mieux dirigée, d'autres symptômes, auxquels on n'avait pas attaché de signification, furent signalés. L'enfant ronflait la nuit assez souvent, son sommeil était agité par suite de la gêne de la respiration, elle *graillonnait*. La déglutition, moins aisée, lui faisait repousser les aliments irritants. Des cautérisations légères et répétées, sans autre remède, guérirent la maladie locale, et, avec elle, firent disparaître en quelques semaines ses conséquences.

La leçon ne pouvait être perdue, et, depuis lors, je n'ai pas laissé échapper une occasion de vérifier cette loi de coïncidence. Pour établir d'abord l'existence, et ensuite le plus ou moins de fréquence du catarrhe pharyngé diffus chez les enfants en bas âge, il fallait non-seulement étudier les cas où l'affection pouvait être conjecturée, mais examiner l'arrière-gorge d'un grand nombre d'enfants chez lesquels rien n'autorisait la supposition d'une angine et se renseigner ainsi sur l'état de la gorge dans les conditions normales.

J'ai poursuivi cette modeste enquête, en ville et à l'hôpital, dans les services d'enfants dont j'ai été chargé. Il en est ré-

sulté pour moi la démonstration que tout au moins les congestions durables sont déjà très-fréquentes dans la première enfance.

L'exemple suivant montrera chez l'adulte la même relation entre l'état de la langue et celui de la gorge.

Un jeune étudiant en médecine m'était, il y a peu de temps, présenté par un de ses amis.

Ce jeune homme avait été atteint, il y a six mois, de chancres qui siégeaient, disait-il, sur le fourreau, reposaient sur une base indurée et avaient laissé une large cicatrice. Depuis lors il avait ressenti un malaise général qu'il attribuait aux prodromes d'une syphilis constitutionnelle et qui consistait surtout dans une sensation de lassitude universelle, des douleurs de reins et une perte graduelle de l'appétit. Il était facile de reconnaître, dans son récit longuement développé, les tribulations d'un de ces hypochondriaques à inquiétude définie dont les syphiliophobes sont un des types les plus caractérisés. Aucun symptôme syphilitique vrai n'existait actuellement; les ganglions inguinaux étaient sains; il n'avait jamais paru d'éruption.

Néanmoins la langue était sale, et il y aurait eu lieu de supposer une anorexie avec embarras gastrique entretenue par une préoccupation morale incessante, si les autres symptômes avaient été d'accord avec le diagnostic.

L'examen de l'arrière-gorge me rendit compte à la fois et de l'état de la langue et du défaut d'appétit. Ce jeune homme, déjà éprouvé par de nombreuses angines subaiguës, avait cherché une distraction dans l'usage abusif de la fumée de tabac. La gorge était le siége d'une phlegmasie chronique manifeste: rougeur de la luette et des piliers épaissis, granulations du pharynx, développement des follicules de toute la membrane muqueuse, sensation de sécheresse plutôt que de soif, enrouement peu marqué mais revenant par intervalles. Il reconnaissait lui-même que, depuis plusieurs mois, il était sous l'influence d'un mal de gorge peu intense mais continu, que, par une des contradictions habituelles aux hypochondriaques, il avait oublié d'attribuer à la syphilis.

La langue était couverte d'un enduit blanc peu épais, fendillée, non étalée, comme dans les embarras gastriques ; le malade déclarait lui-même avoir plus soif que faim et être obligé de boire en mangeant, bien au delà de ses habitudes. Je suis persuadé qu'un traitement convenable eût guéri l'angine chronique et ramené, au moins pour une portion, l'appétit. Mais cette médication locale et sans relation avec l'état syphilitique supposé n'eut pas, comme il est facile à prévoir, l'approbation du malade, et je dus me résigner à être convaincu sans le convaincre.

Les adolescents ne sont pas préservés du catarrhe diffus de la gorge : seulement on est rarement appelé à en constater l'existence, et à cause de l'indifférence des jeunes sujets, et parce que les jeunes gens ne s'exposent pas à toutes les causes d'irritation auxquelles se soumettent les adultes. J'ai observé la maladie avec toute sa ténacité chez des enfants de dix à douze ans, et j'ai plusieurs fois constaté qu'elle se produisait alors en vertu d'une disposition héréditaire.

Cette hérédité précoce mériterait peut-être de fixer l'attention et peut-être aussi fournirait-elle quelques indices sur la constitution future du jeune malade.

Lorsqu'un des ascendants est atteint d'une maladie diathésique dans la nature de laquelle il est de n'apparaître qu'à une période déjà avancée de la vie, nous savons de reste qu'il peut transmettre à sa progéniture une aptitude morbide à lointaine échéance. Tant que l'enfant n'a pas acquis l'âge voulu pour l'éclosion du germe pathologique, nous n'avons aucun moyen d'en prévoir la venue. Le fils d'un goutteux n'a rien qui le distingue de ses compagnons d'âge jusque vers la trentième année, celui d'un dartreux pourra être également indemne jusqu'à la puberté. J'inclinerais à penser que le catarrhe de la gorge, chez les adolescents, est souvent une des premières manifestations de la diathèse à venir. En fait, je l'ai constaté sur des sujets trop jeunes pour avoir recueilli déjà la succession de leurs parents qui souffraient à la fois et d'une affection constitutionnelle et d'un catarrhe pharyngé.

Quoi qu'il en soit, l'âge exerce là, comme toujours, une in-

fluence considérable sur la marche de la maladie et lui imprime quelques caractères particuliers. Les poussées inflammatoires subaiguës sont plus fréquentes chez les jeunes sujets, et en même temps qu'elles donnent plus de vivacité à la lésion, elles la propagent au delà de ses limites ordinaires. Pendant les recrudescences, l'enfant éprouve des douleurs d'oreilles passagères, il est sujet à de l'enchifrènement, à de la raucité de la voix. L'accès, habituellement de courte durée, ressemble aux débuts d'un rhume et s'accompagne d'un malaise presque fébrile. Puis au bout de deux ou trois jours, tout rentre dans l'ordre et le malade semble complétement guéri, on note seulement qu'il est disposé à contracter de petits maux de gorge, et la conclusion est qu'il faut redoubler de précautions au point de vue de la température.

Cependant, en y regardant de plus près, il est aisé de s'assurer que les indispositions se répètent même dans les conditions de climat les plus favorables et que les précautions ont une efficacité plus que douteuse. En examinant la gorge dans les intervalles de santé relative, il est également facile de voir que l'angine persiste éteinte, exempte de douleurs, mais n'attendant qu'une occasion pour prendre plus d'acuité. On comprend alors que guérir l'accès qui guérit de lui-même en si peu de temps, ce n'est pas atteindre le but, et on a soin d'appliquer le traitement à l'affection durable qui seule réclame l'intervention du médecin.

Chez les adolescents, il importe de combattre l'angine si peu signifiante qu'elle paraisse, justement à cause de ces exacerbations et de la facilité avec laquelle devenue subaiguë elle gagne les parties voisines.

IV. PRÉDISPOSITIONS DIATHÉSIQUES. — Indépendamment de la prédisposition héréditaire, doit-on admettre que le catarrhe chronique généralisé de l'arrière-gorge est sous l'influence d'une disposition constitutionnelle ?

1° Beaucoup de médecins supposent que la constitution scrofuleuse, la seule maladie *d'évolution* qui puisse être mise en cause, joue là un rôle que je crois exagéré. Les enfants chez

lesquels on constate des lésions scrofuleuses définies ne sont pas plus que les autres, sujets à cette forme d'angine. Il faut, pour justifier l'explication, admettre l'existence d'une sorte d'état scrofuleux, incomplet, ne s'accusant pas par les grandes altérations spécifiques mais qui représenterait seulement un degré plus élevé de ce qu'on appelle le lymphatisme. Les individus blonds, pâles, à peau molle et à réactions peu vives, ceux dont les membranes muqueuses sont, aux points de contact avec la peau, le siége d'une congestion passive, qui ont le nez gros, les narines épaisses, la lèvre supérieure volumineuse, les paupières bleuâtres et injectées, chez lesquels les ganglions se congestionnent sans que l'inflammation passe à la suppuration, répondent à ce type. Il semble naturel que la membrane muqueuse de la gorge se prête également à des phlegmasies persistantes, mais l'expérience n'autorise pas une semblable conclusion. On peut dire seulement que le tempérament lymphatique vient dans certains cas ajouter son appoint à la maladie et qu'il favorise les engagements ganglionnaires qui sont chez les adolescents une de ses conséquences fréquentes.

A l'âge moyen de la vie, la maladie se montre avec toute son intensité, mais comme c'est l'époque où se manifestent de préférence les tempéraments pathologiques, il s'agit non-seulement de constater le mal local, mais de rechercher s'il se lie à quelque condition plus générale de la santé.

2° L'angine catarrhale chronique peut se produire à titre d'affection isolée sans connexion apparente avec un autre état de l'économie. Elle rentre sous ce rapport dans la loi de tous les catarrhes, quel que soit leur siège : les exemples sont communs de catarrhes localisés, se répétant à leurs points d'élection, sans que celui qui en est affecté, soit même réputé catarrheux.

3° Elle peut au contraire être une des manifestations d'une aptitude diathésique et on la voit naître sous la dépendance de diathèses goutteuse, herpetique, hémorrhoïdale, etc.

L'angine à forme catarrhale que je viens de décrire appar-

tient surtout aux manifestations goutteuses du second ordre. Il est nécessaire, pour faire comprendre sa relation avec la goutte, d'entrer dans quelques développements.

La goutte, en dehors de ses symptômes pathognomoniques empruntés aux modifications de la sécrétion urinaire et à l'état des jointures, entraîne une série de troubles dont on a pu dire qu'ils ont lieu par retentissement. Si on a admis sous des dénominations diverses et conformes aux opinions scientifiques de chaque époque, une sorte de matière goutteuse susceptible de se fixer à ses siéges d'élection ou même d'atteindre par exception des organes habituellement préservés, il est peu probable que ce produit anomal existe impunément dans l'économie. Des appareils organiques qui ne se prêtent pas au développement de la goutte proprement dite, en subissent accidentellement l'influence. Les fonctions digestives en particulier sont soumises à des perturbations toutes spéciales et vraiment caractéristiques.

Ces phénomènes, tantôt prodromiques, tantôt secondaires, coexistent aussi avec les accidents principaux, et c'est tout d'abord parce qu'on les voit survenir sous leur dépendance qu'on acquiert le droit d'affirmer leur nature goutteuse. Si dans l'ensemble ils ne représentent qu'un fait accessoire, on peut les détacher pour leur consacrer une étude plus attentive, s'enquérir de leurs caractères propres et se demander à quel point ces caractères sont assez tranchés pour être reconnaissables indépendamment des lésions bien connues qu'ils accompagnent. Une fois que les accidents auront été définis, ils prendront la valeur d'un signe et deviendront un moyen de diagnostic. L'amaurose des albuminuriques, complication fréquente sans être nécessaire, est aujourd'hui assez exactement décrite pour qu'à elle seule elle permette d'affirmer la présence de l'albumine dans les urines. Les dyspepsies goutteuses, si elles n'attendaient une description à laquelle elles se prêtent par tant de côtés, donneraient des notions non moins positives.

Les manifestations secondaires de la goutte sont loin d'être toutes assez caractérisées pour qu'envisagées isolément elles

révèlent de prime abord leur nature et leur origine. L'angine chronique coïncidant avec la goutte confirmée ne se présente pas sous un aspect, avec une forme spéciale; à plus forte raison l'angine observée chez un individu qu'on soupçonne prédisposé mais qui n'a pas encore éprouvé de phénomènes essentiellement goutteux ne se prête-t-elle pas à un diagnostic légitime. J'ai eu l'occasion d'observer plusieurs cas, je les ai étudiés avec le soin qu'on apporte aux faits qu'on sait pouvoir contenir la solution d'un problème et je n'ai pu découvrir que des indices trop douteux pour que je ne les signale pas avec une extrême réserve.

Parmi les caractères qui serviraient à établir une espèce goutteuse dans la classe des angines catarrhales diffuses, un surtout m'a paru mériter de fixer l'attention.

Si, chez un goutteux atteint d'inflammation chronique et diffuse de la gorge, on essaie le traitement par les cautérisations, plus on persévère dans l'usage du remède, plus on aggrave l'affection locale. La membrane muqueuse est aussi irritable que la peau, elle ne tolère pas les excitations qui donnent ailleurs de si durables succès. On sait combien la peau des goutteux se prête mal aux dérivations et comment une irritation artificielle, qu'on se croyait maître de circonscrire dans les limites accoutumées, se fixe souvent avec une résistance et une obstination invincibles. Je n'oublierai jamais un goutteux admis par exception à l'hôpital, et auquel on fit autour de l'articulation malade un seul badigeonnage avec la teinture d'iode. Il en résulta une congestion énorme de la peau, une sorte d'eczéma provoqué qui dura plusieurs mois et qu'on fut obligé de combattre, en qualité de *malum medicum*, avec des applications antiphlogistiques persévérantes. J'ai vu de même des angines chroniques, se présentant sans caractères appréciables qui permissent d'affirmer leur nature, procédant en apparence, comme les autres, tant qu'elles étaient livrées à elles-mêmes, s'exacerber, sous l'influence des caustiques légers, avec une violence inattendue.

Le mode d'évolution de l'angine catarrhale chronique des goutteux n'offre que très-peu de particularités notables. J'en

rapporterai, en l'abrégeant, une observation qui me paraît d'ailleurs offrir un double intérêt, parce qu'il m'a été donné de constater chez le fils du malade une affection de la gorge tout à fait analogue à celle du père.

M. X..., trente-huit ans, négociant dans une ville de province est d'une taille élevée, d'une constitution robuste jusqu'à l'excès, et, pour ainsi dire, herculéenne. Il a moralement et physiquement tous les attributs d'une santé qui n'exige aucun ménagement : une activité infatigable, une résistance absolue à la fatigue. Ses habitudes sont d'ailleurs régulières et relativement sobres à tous les points de vue.

Son père était exempt de toute affection arthritique. Sa mère avait, à l'âge de la ménopause, été atteinte de douleurs avec gonflements articulaires, occupant surtout les petites jointures des mains et de l'espèce désignée sous le nom de rhumatisme noueux ou goutteux. Le mal avait fait des progrès lents, mais constants, et il en était résulté à la longue une perclusion presque complète des doigts.

A l'âge de trente ans, M. X..., déjà marié, éprouve le premier accès de goutte. L'inflammation spécifique est moyennement intense ; elle occupe d'abord le gros orteil droit, puis, dans la continuité de la même attaque, elle se déplace, se porte sur le gros orteil gauche et atteint successivement les deux genoux. L'œdème consécutif répond au peu d'acuité de la crise, il est à peine rouge et persiste pendant assez longtemps au pourtour des genoux et des articulations des deux cous-de-pied.

Depuis lors, les accès se sont répétés à intervalles très-inégaux, mais toujours avec les mêmes caractères. Ils ont laissé une disposition variqueuse des veines superficielles qui forment encore un lacis auquel ne participent pas les grosses branches veineuses.

Le traitement, mal dirigé, encore plus mal suivi, n'a contribué qu'à mobiliser la maladie et à compromettre la santé générale.

Pendant les rémissions des attaques, le malade est devenu

sujet à de fréquentes atteintes de céphalalgie vague; quelques troubles gastriques sont survenus, caractérisés par l'inégalité de l'appétit, des flatuosités gastro-intestinales, du malaise et de la lourdeur à la suite du repas. Le caractère s'est modifié et le malade a perdu, au moins par intervalles, cette foi en lui-même qui est le privilége des constitutions vigoureuses. Il a des accès de découragement et de tristesse, des fatigues disproportionnées avec ses occupations; par moments, il se sent ou se croit incapable d'une attention assidue et surtout d'une application utile. Quelques crises de gravelle, sans coliques néphrétiques proprement dites, ont eu lieu. Pas d'amaigrissement, mais des sueurs profuses provoquées par le moindre exercice et même par l'effet d'une conversation où on aborde quelques sujets importants.

C'est peu après le premier accès de goutte que se montrèrent les premiers symptômes de l'angine d'abord intermittente ou laissant tout au moins de notables rémissions sans guérison réelle. Peu à peu les recrudescences se sont rapprochées et le mal de gorge a fini par être presque incessant. Le malade l'éprouvait moins vivement quand il était distrait, mais rendu à lui-même et surtout pendant ses jours de tristesse découragée, il s'en préoccupait vivement.

La langue était constamment couverte d'un enduit épais et blanchâtre, la bouche mauvaise, la gorge sèche au point de rendre pénible l'alimentation solide, s'il ne prenait la précaution d'humecter la bouche. La diminution de l'appétit était en rapport, quoique le malade ne s'en rendît pas compte, avec l'état de la gorge et de la langue. Au besoin de boire plus que d'habitude pendant le repas, succéda bientôt une soif incessante que des boissons répétées calmaient momentanément. M. X... buvait ainsi plusieurs litres de bière, d'eau rougie ou acidulée dans le courant de la journée; les sueurs augmentaient en proportion, ainsi que les urines. Le malade fumait de plus en plus, sachant bien, qu'en somme, il aggravait le malaise, mais éprouvant une sorte de déviation de la douleur qui lui donnait du soulagement.

La membrane muqueuse de l'arrière-gorge était rouge vio-

lacée, rugueuse, épaissie, sillonnée par des stries longitudinales profondes. La luette énorme, vascularisée, granuleuse. Les piliers antérieurs épais, se confondant presque avec les piliers postérieurs, à cause de l'exiguité des amygdales, formaient une masse rude au toucher. De chaque côté on apercevait, en avant du pilier antérieur, une large plaque saillante, d'un rouge plus vif, plus rugueuse au contact du doigt. A l'inspection directe la gorge est sèche, mate. Si on fait parler le malade ou si on le fait lire pendant quelques minutes, la sécheresse est encore plus manifeste et la salive ne lubrifie pas les parties qu'elle recouvre seulement par places d'une couche spumeuse.

La lésion circonscrite n'a pas de propagation : pas de raucité de la voix, pas de toux, pas de surdité ni de douleurs d'oreilles, jamais de coryza sec ou humide.

Le traitement méthodique ne fut commencé que sept ans après l'invasion des premiers symptômes. Il consista, outre les précautions hygiéniques plus générales, dans une médication topique; des gargarismes très-doucement astringents furent administrés, en ayant soin de les répéter un grand nombre de fois chaque jour. Des injections pharyngées avec l'eau froide furent faites conformément à mes indications. Une amélioration sensible, mais lente, se produisit, et je jugeai utile d'aiguiser les gargarismes par une quantité minime de teinture de capsicum (10 gouttes pour un demi-verre d'eau).

Une circonstance toute fortuite vint alors confirmer ce que je savais déjà de la susceptibilité excessive de la gorge chez les goutteux. Par une erreur du pharmacien, au lieu de teinture, on se servit de poudre de capsicum et on diminua de beaucoup la dose de l'excipient. La poudre adhérait à la gorge et détermina une violente exacerbation qu'il fallut longtemps combattre par une médication locale toute délayante. Au bout de six mois l'amélioration est telle que, n'était la longue durée de la maladie, on pourrait la considérer comme une guérison définitive; les granulations se sont effacées, la luette est diminuée de plus de moitié, quoique sa vascularisation reste excessive, les piliers ont repris leurs dimensions et leurs formes. Les

contractions provoquées du pharynx sont indolentes, la déglutition se fait librement. La langue est nette, la bouche humide. La soif, et il convient de faire la part de l'habitude, n'a plus d'exigences impérieuses; il suffit, lorsqu'elle tend à reparaître à quelque degré, d'une douche froide, pour l'éteindre pendant le reste de la journée. Les urines ont repris leurs proportions normales, les sueurs, bien que moindres, sont encore faciles à provoquer. J'ajouterai que, l'alimentation étant régulière, les troubles gastriques se sont atténués, et, qu'avec eux a disparu le malaise attristant qui accompagne si souvent les dyspepsies.

Je suis entré, en énonçant cette observation, dans des détails qui, je l'espère, ne sembleront pas trop étendus. On y voit non-seulement un exemple d'angine goutteuse, mais un type d'angine catarrhale chronique diffuse, avec l'exagération de quelques-unes des complications secondaires, qui, moins marquées habituellement, prennent ici une forme bien accusée qui les fixe dans la mémoire.

Le fils de M. X... souffre d'une affection gutturale dont on pourrait dire qu'elle est seulement le diminutif de celle du père. L'enfant, qui a aujourd'hui dix ans, a subi les premières atteintes pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde dont il fut affecté à l'âge de huit ans. Depuis lors, le mal a été sujet à des recrudescences si fréquentes, malgré les plus exquises précautions, qu'on doit considérer l'angine comme continue. La gorge est rouge, épaissie, rugueuse à l'aspect. Le toucher donne des sensations très-inexactes, parce qu'il détermine des efforts immédiats de vomissement. La luette est rouge, sans œdème, lourde, procidente. Les amygdales sont presque nulles.

L'enfant se plaint d'un malaise qui, d'après sa description nécessairement très-confuse, ressemble à de la constriction. Il ne peut ni chanter, ni lire haut, ni courir sans éprouver une sécheresse incommode.

L'angine ne s'est jamais étendue ni au larynx, ni aux trompes d'Eustache; mais à diverses reprises, pendant les périodes d'acuité, quelques ganglions sont devenus douloureux, sur-

tout du côté droit du cou, et ont augmenté de volume pour rentrer spontanément dans leurs dimensions normales.

Comme santé générale, l'enfant est grêle, nerveux, d'une constitution apparente toute différente de celle du père. Il est sujet à de la constipation et petit mangeur, sans autres troubles digestifs.

Je ne rappellerai pas le mode de traitement que j'ai conseillé, parce qu'il ne s'éloigne que par les côtés individuels de la médication générale que je crois applicable aux catarrhes chroniques de la gorge.

4° L'angine catarrhale diffuse qui survient chez les individus dont la constitution est représentée par la formule très-compréhensive de tempérament herpétique, a des caractères encore moins précis. Tandis que le goutteux rentre dans une espèce définie, quelles que soient les variations des symptômes, l'herpétique ou le dartreux appartient à une classe mal limitée, et qu'il faudrait d'abord subdiviser.

J'ai cherché, toutes les fois qu'il m'a été possible, à dénommer les éruptions suffisamment caractérisées qui siégent sur la membrane muqueuse de la gorge, et si ce traité est appelé à rendre quelques services, il le devra surtout aux essais de classement méthodique et à l'analogie que j'ai taché d'établir entre la membrane muqueuse de la gorge et la peau.

Mais tout en isolant de mon mieux les diverses espèces d'angines éruptives, je ne puis méconnaître qu'il existe des formes reliées vraisemblablement à la diathèse dartreuse, et qui, faute de signes caractéristiques, doivent être confondues dans la généralité des angines catarrhales chroniques.

Est-ce parce que les moyens de diagnostic sont insuffisants et que la notion clinique n'est pas assez avancée? Est-ce au contraire parce que les herpétiques ne sont pas, en dehors des éruptions, sujets à un mode défini de phlegmasies catarrhales?

Il est constant que chez les individus prédisposés à des affections cutanées, plus ou moins mobiles, et dont la peau est douée d'une vitalité pathologique exagérée, les membranes muqueuses sont souvent affectées incidemment. Qui n'a eu l'oc-

casion fréquente d'observer des bronchites à répétition ou tenaces, des diarrhées continues ou intermittentes en relation avec une constitution à prédominance éruptive? Ces complications figurent ordinairement au chapitre des crises, et on ne les mentionne que quand elles semblent concourir à la guérison; mais elles n'en surviennent pas moins, sans juger ou sans troubler une éruption actuelle, et sans être franchement supplémentaires ou métastatiques.

Il me paraît que le catarrhe chronique de la gorge n'entretient pas forcément, avec la constitution dartreuse, une plus étroite relation. Quand la phlegmasie catarrhale occupe des points inaccessibles à la vue, et qu'elle ne se traduit que par des troubles de sécrétion, on peut à son gré imaginer de toutes pièces la lésion du tissu muqueux, et supposer, au besoin, que l'éruption s'est déplacée en se portant sur un siége inaccoutumé. Mais quand il s'agit d'un tissu dont on constate les moindres modifications, il cesse d'être possible de voir une éruption où elle n'est pas. Or, beaucoup de malades à tempérament dartreux ont des angines catarrhales qui ne diffèrent en rien de celles qu'on observe chez des individus à constitution indéterminée, chez des goutteux et chez des hémorrhoïdaires.

La spécificité, si toutefois la chose mérite ce nom, ne résidant pas dans l'altération locale, serait-elle mieux justifiée par la marche de la maladie? L'angine catarrhale des herpétiques a des rémissions plus longues et moins incomplètes que les autres; elle a également des recrudescences plus marquées et qui provoquent souvent des sensations plus intolérables. La sécheresse, la douleur, la gêne de la déglutition, les alternatives d'hypercrinie muqueuse sont souvent excessives; mais ces indices sont, comme tous les signes, tirés du plus ou du moins, trop vagues pour autoriser un diagnostic.

5° Je me bornerai à mentionner la coïncidence du catarrhe de l'arrière-gorge avec les flux ou avec les congestions hémorrhoïdales, n'ayant, en dehors de la concomitance, aucune notion intéressante à fournir. J'y reviendrai d'ailleurs à propos du traitement.

A côté des causes profondes et vraiment pathogéniques, il existe des causes de second ordre, qui, si elles ne sont pas la raison d'être de la maladie, contribuent à l'entretenir, à multiplier et à aggraver les accès. De ces influences nuisibles, les unes sont générales et les autres locales.

La santé peut se maintenir dans des conditions régulières pendant tout le cours de l'angine catarrhale chronique; elle peut s'altérer sans que le mal de gorge soit modifié en bien ou en mal. Plus l'angine est chronique et de date éloignée, plus elle a d'indépendance; cependant il est supposable que les circonstances qui l'influençaient à la première période continuent à exercer une action seulement moins évidente. La constipation est peut-être de tous les troubles fonctionnels celui qui contribue le plus à augmenter l'acuité intermittente de la maladie; mais on aurait tort d'en conclure que la diarrhée est par contre de quelque bénéfice : elle n'est certainement pas plus avantageuse que le fonctionnement régulier de l'intestin.

Quand on voit l'angine liée à une diathèse aussi franche que la goutte, demeurer si souvent identique à elle-même pendant les accès les plus aigus et pendant les longues périodes exemptes de toute manifestation goutteuse, on comprend que les variations de la santé générale occupent une place secondaire.

Il n'en est pas de même des modificateurs locaux. L'usage ou l'abus des liqueurs spiritueuses, des aliments fortement épicés, le séjour dans une atmosphère chargée de poussières ou de vapeurs irritantes, mais surtout l'abus du tabac à fumer, sont des causes certaines d'exacerbation, sans être assez actives pour produire à elles seules l'angine qu'elles viennent aggraver.

De toutes les prescriptions hygiéniques, la plus urgente à imposer aux malades, c'est de renoncer à fumer. Tous reconnaissent que le tabac leur est nuisible, quand ils consentent à être sincères, mais beaucoup aussi déclarent qu'ils en éprouvent un amendement passager. Excuse ou non, il n'en faut pas davantage pour qu'ils persistent dans une habitude tou-

jours malaisée à rompre. Non-seulement ils ne s'abstiennent pas, mais presque invariablement ils exagèrent l'usage du tabac, et on trouve peu d'individus atteints d'angine chronique qui se contentent d'en fumer une ou deux fois dans la journée. Réduite à ces proportions, l'habitude de fumer semble leur être plutôt douloureuse que l'excès porté jusqu'à l'extrême.

La lecture à haute voix, l'exercice prolongé de la parole, lors même qu'ils n'entraînent pas de complications laryngées, sont également désavantageux, comme toutes les conditions qui encouragent les congestions du pharynx ou qui exigent une abondante lubrifaction de la membrane muqueuse.

Le froid, auquel on attribue tant d'importance, ne produit pas d'effets très-sensibles; tout au moins, il reste bien au-dessous des agents qui viennent d'être mentionnés. Il n'en est pas ainsi de la chaleur, que les malades supportent impatiemment; la longue assistance à un spectacle, dans une atmosphère surchauffée, leur est souvent intolérable, et ils éprouvent au contraire un soulagement en séjournant dans une atmosphère plus froide. Dans l'hiver comme dans l'été, au Nord comme au Midi, l'affection gutturale garde des proportions et desm odes d'évolution propres à chaque individu.

Soit parce qu'elles s'exposent moins à ces causes, qui favorisent plutôt la chronicité que le développement du catarrhe, soit parce qu'elles apportent une moindre prédisposition, les femmes sont beaucoup plus rarement, que les hommes, atteintes d'angine catarrhale chronique et diffuse.

V. TRAITEMENT. — Le traitement est ou général ou local. Général, il se compose des remèdes destinés à rétablir l'équilibre des fonctions ou à combattre les troubles fonctionnels prédominants. Toute la série des médicaments que les gens du monde désignent sous le nom de rafraîchissants: laxatifs légers, minoratifs, délayants divers, est volontiers employée par les malades qui espèrent ainsi éteindre les sensations incommodes dont ils se préoccupent. La plupart de ces moyens sont plutôt avantageux, mais de peu d'efficacité.

En admettant la nature catarrhale de la maladie on est conduit naturellement à se demander si les médications réputées contre les autres catarrhes, quel que soit leur siége, ne donneraient pas de meilleurs résultats. Il n'est d'expérience que ni les incisifs, ni les balsamiques, ni les résineux pris à l'intérieur ne modifient le catarrhe de l'arrière-gorge.

Les applications topiques méritent certainement la première place dans la thérapeutique de l'angine catarrhale diffuse; mais autant elles peuvent être utiles, autant elles ont d'inconvénients quand on les applique sans discernement. Les caustiques, si favorables dans la pharyngite, ne sont ici d'aucun service, à moins qu'on ne les atténue assez pour les réduire aux proportions de simples astringents.

C'est une méthode peu usitée mais qui mériterait d'être mise plus souvent en usage que celle qui consiste à étendre presque indéfiniment les caustiques énergiques. Il est d'usage lorsqu'on veut obtenir une action peu profonde de s'adresser à des remèdes qui, si concentrés qu'ils soient, n'ont pas de propriétés caustiques. On gagne à ce procédé de ne jamais dépasser la mesure, on y perd la possibilité de graduer le médicament en regard des indications.

Les oculistes dont on ne saurait trop étudier le formulaire, nous ont appris depuis longtemps à manier les substances les plus irritantes à doses indéfiniment décroissantes et les succès de leur pratique doivent nous encourager à suivre la même voie.

Dans la seule sphère de l'angine catarrhale où je tiens à me renfermer, on aura de fréquentes occasions de varier les solutions topiques qui font fonctions de collyres. La règle est de ne pas arriver à la cautérisation proprement dite et, tout en se maintenant en deçà, il reste une large progression de doses. Je me bornerai à prendre pour exemple le chlorure de zinc dont l'emploi est si souvent indiqué : le mode d'administration que je vais exposer conviendra à tous les autres caustiques minéraux.

Employé comme gargarisme, le chlorure de zinc se prescrit depuis la dose d'un centigramme jusqu'à celle de quatre

grammes par cent grammes de véhicule miellé, sucré, mucilagineux ; employé plus topiquement à l'aide d'un pinceau ou d'un tampon de charpie, il se donne du dixième au vingtième sans produire d'autre effet que de blanchir tout au plus les surfaces avec lesquelles il est mis en contact.

Les sels de cuivre et d'argent sont d'une saveur tellement insupportable qu'on doit renoncer à les administrer sous forme de gargarisme, mais appliqués localement, ils se prêtent au même dosage. La cautérisation avec le crayon de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent qui représente le summum de causticité est toujours désavantageuse dans les angines catarrhales diffuses, les solutions très-affaiblies sont au contraire d'un utile effet.

L'alun a joui longtemps d'une telle vogue qu'il était considéré presque comme un spécifique. Bien qu'il compte de nombreux succédanés, il peut et doit rendre encore de bons services. En gargarismes, il est d'une saveur styptique très-désagréable ; comme les autres solutions caustiques, il a le grave défaut d'agacer les dents, et de plus, chez des malades déjà prédisposés à la sécheresse de la bouche, il augmente la soif.

A l'inverse des sels caustiques, d'autres composés ne sont habituellement prescrits qu'à des doses extrêmement réduites: en première ligne, je citerai le sulfure de calcium qui, même en gargarismes, ne s'administre guère que dans les proportions où il se rencontre dans les eaux minérales sulfureuses. Il y a tout profit à dépasser le dosage de convention. Le sulfure de calcium peut être appliqué à l'aide du pinceau dans une solution au vingtième qui serait excessive pour gargarismes et dangereuse en boissons. C'est à ce degré de concentration un moyen remarquablement actif.

Les gargarismes balsamiques sont d'un rare usage, et cependant ils méritent d'être placés au premier rang des remèdes propres à combattre les affections catarrhales chroniques de l'arrière-gorge, depuis l'eau de goudron, l'infusion concentrée de bourgeons de sapin, l'eau térébenthinée par digestion de la térébenthine de Venise, jusqu'à l'eau chargée plus ou moins de teintures résineuses, teinture de benjoin, de

tolu, etc., on s'habitue promptement à la saveur d'abord répugnante de ces préparations. Je recommande, au lieu d'eau de rivière ou d'eau distillée, de se servir pour véhicule d'une solution légère (un gramme pour cent grammes) de bicarbonate de soude. Cette solution alcaline favorise la solution d'une plus grande quantité de résine, et de plus elle est un adjuvant favorable.

La température des gargarismes résineux n'est pas indifférente : on doit donner la préférence aux gargarismes chauds. Pratiquement, on décide difficilement les malades à faire chauffer l'eau chaque fois qu'il y a lieu de se gargariser ou quand ils y consentent, ils réduisent notablement le nombre des gargarismes.

Les substances résineuses sont surtout appropriées aux stades chroniques; lorsque l'angine catarrhale prend comme il lui arrive fréquemment une sorte d'acuité, il convient de substituer aux balsamiques les astringents végétaux. Les sirops de ratanhia, de monesia, la décoction d'aigremoine, la décoction de gayac modèrent la congestion, diminuent la tension douloureuse et la rougeur.

Les solutions acides ou acidules ne conviennent pas dans le traitement du catarrhe diffus, bien qu'elles procurent un soulagement momentané aux malades. Il en est de même de l'alcool ou des teintures alcooliques irritantes que les Anglais ont vantées outre mesure et qui d'ailleurs sont indiquées pour d'autres formes d'angines.

Les douches médicamenteuses faites à l'aide d'un irrigateur ou avec tout autre appareil à douches ascendantes ne réussissent que quand elles sont chaudes, et sont alors de beaucoup plus efficaces que les gargarismes. Il importe de rappeler que les solutions administrées sous forme de douches doivent être plus faibles que pour les gargarismes.

C'est à ce mode d'administration qu'un certain nombre d'eaux minérales doivent certainement une grande part de leur succès. Le temps n'est pas très-éloigné où quelques stations thermales avaient le monopole des douches gutturales et où pas un médecin ne songeait à appliquer à domicile une

médication dont il affirmait l'utilité. Aujourd'hui même, les douches médicamenteuses ne sont pas entrées dans la thérapeutique des angines, et cependant elles constituent la plus puissante et la plus rapide de toutes les méthodes.

Si on veut résumer les principales indications du traitement de l'angine catarrhale diffuse, il convient avant tout de se rappeler que la maladie essentiellement chronique est sujette à des périodes d'acuité ou de subacuité et que les remèdes ne seront efficaces qu'à la condition de varier en même temps que les symptômes. D'un autre côté, par une apparente contradiction, il ne faut pas oublier que la chronicité du mal impose une persévérance presque illimitée. On doit compter des mois et non pas des semaines de soins persistants sous peine d'obtenir seulement des rémissions insignifiantes, quand il eût été possible d'arriver à une guérison durable.

## PHARYNGITE CATARRHALE

J'ai insisté, dans les considérations générales qui précèdent la description du catarrhe diffus de la gorge, sur la nécessité d'établir des divisions que l'expérience clinique justifie, et qui permettent d'apporter un peu d'ordre dans l'histoire si confuse des angines chroniques. Le premier type que j'aie cru devoir établir m'a paru représenter une espèce distincte par son siége, son mode d'évolution et ses conséquences. La lésion étendue à toute l'arrière-gorge occupait à la fois les piliers, le voile du palais et le pharynx ; elle se fixait là primitivement sans tendance à se propager au loin. Si quelque partie était affectée d'une façon prédominante, c'était la portion buccale de l'isthme du gosier. L'aspect de la membrane muqueuse, variable suivant le degré de la maladie, son ancienneté, l'âge des malades, et peut-être leur constitution, était au fond uniforme. La déglutition était surtout entravée et les sensations douloureuses limitées elles-mêmes aux por-

tions les plus contractiles de la gorge indiquaient que l'altération avait réellement son siége exclusif dans les points où elle était visible.

I. Le second type que je chercherai à constituer est celui que je désigne sous le nom de pharyngite catarrhale. Beaucoup mieux étudié que le précédent, parce qu'il amenait des complications plus accusées et plus graves, il a été moins considéré en lui-même que dans les affections laryngées qu'il entraîne à sa suite. Il est résulté de cette tendance, dont les auteurs ne paraissent pas s'être rendu un compte exact, que la pharyngite a presque disparu sous la laryngite catarrhale dont elle n'était qu'un épiphénomène insignifiant. Mon intention est de décrire ici la pharyngite proprement dite sous les formes diverses qu'elle est apte à revêtir.

La cavité pharyngienne est en partie accessible, en partie soustraite à la vue. Limitée en avant par les piliers postérieurs, elle représente un tube ouvert dans les fosses nasales d'une part, dans le larynx et l'œsophage par l'autre extrémité, et percé dans sa continuité par une ouverture qui correspond à l'orifice buccal. La paroi vertébrale est largement visible en abaissant la langue, la paroi palatine est d'une investigation difficile à cause de la susceptibilité du voile du palais qu'on ne peut pas soulever sans déterminer des efforts de vomissement.

Le tube pharyngien peut être divisé dans le sens de sa longueur en trois régions plus pathologiques qu'anatomiques. L'une supérieure, se continuant avec les fosses nasales, l'autre inférieure, se continuant surtout avec le larynx, l'autre enfin intermédiaire, et dont une des faces se prête seule à l'examen.

Chacune de ces trois parties peut être affectée isolément, et bien qu'on doive reconnaître entre elles une grande affinité, il n'en est pas moins vrai qu'elles ont des aptitudes morbides qui leur sont propres.

La structure intime du tissu muqueux semble identique dans toute l'arrière-gorge; mais nous n'en sommes pas à apprendre que l'anatomie des membranes muqueuses est

encore trop imparfaite pour qu'on puisse fonder sur elle ou la physiologie ou la pathologie des divers organes tapissés par une muqueuse. La région moyenne du pharynx à laquelle nous avons accès par la bouche est peut-être la moins importante au point de vue de ses fonctions et par l'innocuité de ses lésions; mais comme elle se prête merveilleusement à l'inspection directe, c'est elle qui nous fournit les seules indications positives sur les divers modes d'altération. On constate avec une rigueur incontestable l'état de la paroi visible, et on suppose qu'il représente les modifications qu'on observerait sur les autres points s'ils n'étaient pas soustraits à la recherche.

L'usage du laryngoscope a permis d'élargir le champ de l'examen; mais il y a pour le praticien une énorme différence entre l'inspection de la gorge à l'aide du simple abaissement de la langue et le manuel opératoire de la laryngoscopie. Je serai d'ailleurs bien certainement d'accord avec les observateurs en disant que le laryngoscope, instrument excellent, qui a rendu et qui est appelé à rendre de si grands services à l'étude des affections laryngées, donne une notion moins vraie de l'état du pharynx. La région moyenne ou visible du pharynx offre, suivant les individus, des aspects assez variés pour qu'il faille se familiariser tout d'abord avec ce qu'on pourrait appeler sa physionomie à l'état normal. La membrane muqueuse lisse, tendue chez les uns, est, chez les autres, inégale et rugueuse. La contractilité de la paroi postérieure n'est pas moins variable : tandis que chez certaines personnes elle est à peine mobile et semblerait adhérente au plan osseux, chez d'autres, elle se contracte vivement, et on voit, pendant les efforts musculaires, se former des rides profondes. On se rend surtout compte de ces diversités individuelles en faisant dévier, à droite ou à gauche, la tête du sujet qu'on examine, de telle sorte que les deux moitiés du pharynx ne soient pas dans une égale tension. La coloration est tantôt d'un blanc jaunâtre, tantôt d'un rose plus ou moins vif. Chez certaines personnes, en l'absence de toute maladie, la paroi pharyngée est violacée. La lubrifaction n'est pas uniforme, suivant les indi-

vidus. Il importe d'examiner un grand nombre de sujets évidemment exempts de toute affection pharyngienne pour savoir dans quelles limites peut se mouvoir l'état normal. Autrement, on risque de commettre l'erreur trop fréquente de ceux qui voient dans ces variations insignifiantes autant de lésions maladives.

L'angine catarrhale peut occuper le pharynx soit exclusivement, soit surtout avec une telle prédominance que les autres portions de la gorge soient à peine affectées ou soient touchées incidemment; elle peut se produire uniquement dans la partie moyenne, ou prendre en haut ou en bas une large extension. Elle mérite d'être considérée comme une variété, moins par la particularité de son siége que par celle de son évolution et de ses symptômes.

II. AGES. — 1° *Enfants.* La pharyngite catarrhale une fois admise, il convient de l'étudier aux diverses époques de la vie, parce que chez les jeunes sujets elle a une marche toute spéciale qu'on ne retrouve qu'exceptionnellement chez l'adulte. Je ne saurais trop insister sur la nécessité d'appliquer aux angines la doctrine si féconde partout ailleurs de la pathologie des âges. Quand on songe que le croup, la plus redoutable de toutes les angines, a pour l'enfance une prédilection si douloureuse, on a peine à comprendre qu'on ait laissé sans plus d'applications un enseignement d'une telle autorité.

La pharyngite catarrhale des enfants et des adolescents, jusqu'à la puberté, répond à un type à peu près uniforme. Le pharynx, chez les jeunes individus, est ordinairement peu coloré, mais il s'en faut qu'il soit lisse. Le plus souvent, au contraire, il est constellé, pour ainsi dire, de saillies arrondies, demi-transparentes, de forme et de volume très-variables, qui ne correspondent pas à une disposition pathologique.

L'angine ne débute pas, dans l'enfance, par la région moyenne, mais par la portion supérieure du pharynx; elle prend place entre le coryza et l'affection gutturale, et c'est ce processus qui la caractérise essentiellement. L'enfant commence par éprouver les symptômes d'un enchifrènement limité aux

fosses nasales postérieures, avec ou sans douleurs, suivant le plus ou moins d'acuité des premiers accidents. Le seul signe est souvent à emprunter au timbre nasonné de la voix, au ronflement pendant le sommeil et aux efforts que fait l'enfant pour rendre le conduit du nez plus perméable à l'air. Le plus habituellement il respire la bouche ouverte, et cette habitude, ou plutôt cette nécessité, donne à sa physionomie un air étonné.

Tant que la cavité nasale est seule envahie, la gêne reste modérée. La sécrétion, modifiée dans sa quantité et dans sa nature, descend aisément le long du pharynx, et les enfants la déglutissent avec une facilité qui leur est propre. Il en résulte que l'obstacle apporté à la respiration par l'accumulation du mucus n'est que passager.

Lorsque l'affection a atteint la portion moyenne du pharynx, la paroi postérieure enflammée se prête mal à l'écoulement du mucus, les tentatives de déglutition se répètent avec tant d'opiniâtreté et de maladresse que l'attention de la famille est enfin éveillée. C'est à cette seconde phase seulement qu'on a l'occasion d'examiner l'arrière-gorge, tandis que, chez les adultes, c'est le plus ordinairement par la laryngite que l'on est averti d'une affection jusque-là sans importance.

Si alors on procède à l'inspection du gosier, on constate que les piliers et les amygdales ne sont pas modifiés, ou le sont à peine quand on compare leur aspect à celui de la paroi pharyngée. Le pharynx visible est rouge, épaissi, les saillies globuleuses dont il est parsemé n'ont plus leur transparence, elles sont mates, pas plus colorées que les parties intermédiaires, et souvent même plus pâles. Lorsque la gorge se contracte, elle se plisse en formant des sillons profonds.

L'enfant n'accuse pas la moindre douleur dans la déglutition des aliments; il boit sans difficulté, ne repousse aucun aliment, et n'a ni les antipathies, ni les prédilections pour certaines nourritures, qu'on observe dans les angines catarrhales diffuses. Les seuls symptômes pénibles sont en rapport avec la respiration. Il n'existe ni toux ni raucité de la voix.

La sécrétion catarrhale ne fournit pas d'indices utiles. On la

voit par intervalles tapissant la face postérieure du pharynx, où elle forme une couche plus ou moins épaisse; mais les enfants sont si mal habiles à cracher, qu'on n'a qu'une idée très-vague de sa quantité et de ses variations.

Réduite à ces termes, qu'elle ne dépasse guère, la pharyngite de l'enfant mériterait à peine le nom de maladie, si, ayant pris son origine dans la portion supérieure du pharynx, elle n'avait pas une tendance notable à s'y fixer et à se propager au delà. Une fois établie dans ce siége de prédilection, elle passe par les phases accoutumées de toutes les affections catarrhales chroniques, s'amoindrissant, se guérissant même en apparence pour reparaître sous une forme subaiguë.

C'est pendant les recrudescences qu'elle se transmet surtout aux trompes d'Eustache, et en cela la pharyngite ne fait que suivre une loi plus générale dont on trouve également l'application aux phlegmasies catarrhales tonsillaires. L'enfant se plaint alors, s'il est en âge de rendre compte de ses sensations, d'une douleur de l'oreille en rapport avec la vivacité de l'inflammation. Lorsque la phlegmasie a peu d'intensité, il n'accuse pas de douleur ou même de perceptions désagréables : tintement, bourdonnement, etc., mais il a l'ouïe plus obtuse.

Tout le monde sait combien fréquemment la surdité des enfants est sous la dépendance d'une affection de la gorge, et il n'est pas un médecin qui, en pareil cas, ne commence par examiner l'isthme du gosier. Mais la plupart attribuent aux seules inflammations des amygdales l'affaiblissement du sens de l'ouïe, et quand ils ont constaté que les amygdales ne sont pas hypertrophiées, ils passent outre. Je suis loin de contester l'action des phlegmasies tonsillaires, et j'y insisterai en leur lieu; mais on aurait tort de ne pas avoir l'attention fixée sur l'état du pharynx et de ne pas lui attribuer sa part trop réelle d'influence.

Autant la surdité incomplète est une complication commune, autant la laryngite est, chez les enfants, une rare conséquence de la pharyngite chronique. J'ajouterais, s'il était utile de le rappeler, que la santé générale reste indemne.

Si la pharyngite ne trouble pas l'ensemble de la santé, peut-on dire que le trouble de la constitution a été au contraire sa cause déterminante. Ici se présente encore la question de la scrofule, sur laquelle je m'abstiendrai de revenir.

2° *Adultes.* Le catarrhe pharyngé chronique a chez l'adulte des manifestations plus variées, et il répond à une affection bien plus complexe.

Ou la maladie occupe exclusivement l'arrière-gorge, dans ses expressions bénignes, ou elle se propage au delà de cette région, et alors elle atteint, non plus un simple conduit, mais des organes auxquels sont dévolues des fonctions délicates.

On a vu que chez l'enfant l'extension avait surtout lieu vers les trompes d'Eustache; on retrouve la même disposition chez certains adultes qui ont conservé, comme il arrive à propos de tant d'autres maladies, les aptitudes pathologiques de l'enfance.

Je donne en ce moment des soins à la femme d'un employé âgée de trente-deux ans, et chez laquelle la surdité a pris une telle intensité que la malade n'entend guère une montre qu'à un centimètre du côté droit et à huit du côté gauche. Moitié négligence, moitié préoccupation des soins de sa maison, cette malade s'est abstenue de tout traitement, et comme la surdité avait des intermittences, elle a espéré qu'une de ces rémissions se transformerait en une guérison définitive. Depuis son enfance elle souffre d'une pharyngite chronique sans hypertrophie des amygdales, et qui, depuis quatre ans surtout, paraît s'être notablement aggravée. Jamais le larynx n'a été affecté; mais chaque recrudescence est marquée par un coryza sans excrétions nasales. Le coryza dure un ou deux jours; il laisse à sa suite une sensation de chaleur et de sécheresse dans la gorge. La surdité, exempte de douleurs, suit les mêmes phases; mais à voir l'état actuel, il est évident qu'après chaque accès l'ouïe reste plus obtuse. Un traitement par les cautérisations locales a amélioré la pharyngite, mais n'a pas rendu l'audition meilleure.

Le plus souvent, chez l'adulte, c'est vers le larynx que se porte la phlegmasie catarrhale.

Quel que soit le mode de propagation, on peut, à cause des facilités qu'offre l'observation directe, discerner chez l'adulte plusieurs formes de pharyngite chronique.

1° La membrane muqueuse est lisse, les saillies normales sont effacées au toucher, le doigt donne la sensation d'une surface polie et sèche. C'est la variété la plus rare, et cependant j'ai rencontré des exemples où cet état persistait avec une invincible uniformité. Une jeune fille de dix-sept ans (salle Sainte-Thérèse, n° 14), entrée à l'hôpital Necker, se plaignant d'une sécheresse intolérable de l'arrière-gorge, sans autres symptômes, n'a été modifiée par aucune médication. J'ai essayé inutilement les agents topiques et les remèdes internes pendant plus d'un mois sans obtenir d'amendement. Le pharynx seul était rouge, luisant, tapissé chaque matin par du mucus naso-pharyngien difficile à détacher. La malade accusait tantôt la sensation d'âpreté, tantôt celle d'un corps étranger. La santé générale était médiocre (anémie scrofuleuse), mais le larynx, depuis le début de la maladie, qui datait de la puberté, était resté indemne.

2° La forme la plus commune, et presque la seule décrite, est caractérisée au contraire par l'existence de saillies globuleuses qui semblent autant de petites ampoules et qui soulèvent la membrane muqueuse, elle-même plus ou moins altérée : c'est l'angine, *granduleuse*, *glanduleuse*, *folliculeuse* des auteurs. Indiquée d'abord par Green, elle a été, de la part de M. Guéneau de Mussy, l'objet d'une savante étude.

On admet que les élevures, en nombre d'ailleurs variable, correspondent à des glandules ou des follicules, mais on ignore complétement quelle lésion subiraient ces follicules augmentés de volume. Je ne saurais davantage préciser la nature intime de ces petites ampoules; mais j'ai peine à m'expliquer, si elles correspondent à des glandules actives, le mode de cette altération. On voit souvent, quand on observe un grand nombre

de maladies de la gorge, des affections des éléments sécréteurs; dans tous les cas, lorsque la lésion a été ainsi limitée, on assiste à son évolution plus ou moins rapide. Le produit sécrété est diversement altéré, l'organe change d'aspect suivant les périodes. Ici le follicule qu'on suppose hypertrophié garde la même coloration et les mêmes dimensions, à quelque date qu'on l'observe. Il apparaît et disparaît du jour au lendemain; il persiste au même degré pendant des semaines et des mois, sans que rien soit changé dans ses apparences. La sécrétion de la muqueuse n'est, en proportion, ni avec la confluence, ni avec la grosseur des granules. Des individus, et ils sont nombreux, portent de semblables granulations sans en avoir jamais éprouvé d'incommodités; d'autres en présentent à peine quelques-unes qui déjà sont atteintes de laryngite concomitante.

Je sais qu'on a cité des exemples de sécrétions pathologiques produites par les glandes pharyngées, mais ces faits appartiennent à une autre classe d'affections gutturales. Je sais aussi que Green déclare avoir vu des ulcérations succéder à l'hypertrophie, mais il est le seul qui ait été témoin de ce processus qu'il décrit de façon à autoriser tous les doutes.

L'état de la membrane muqueuse a probablement plus de signification que les saillies ampullaires. Tantôt, quelles que soient les élevures, la muqueuse est lisse et sèche, tantôt elle est chagrinée, ridée, épaissie, sa surface est d'un rouge variable; elle est traversée, quand l'affection est déjà ancienne, par un lacis variqueux très-évident. Les vaisseaux dilatés sont d'un rouge ardent, comme ceux de la conjonctive et ils circonscrivent des espaces plus pâles qui semblent faire saillie au-dessus du liséré veineux qui les entoure. Le pharynx en un mot est affecté comme dans l'angine catarrhale diffuse, avec cette seule réserve que l'épaississement est moindre et la rougeur généralement moins vive et moins également répandue.

Quant aux granules, M. Guéneau de Mussy qui les a décrits avec soin, conclut en disant que leur dissémination est variable comme leur configuration et la proposition est absolument vraie. Il indique les diversités de forme et de groupement, mais

il ne paraît pas avoir tenu compte de leur évolution et il se borne à signaler à titre d'exception ceux des cas où un travail pathologique s'accomplissait dans ces globules. En ne se contentant pas de constater l'état actuel et en examinant le malade tous les jours pendant un suffisant espace de temps, on constate que les granules s'effacent, se déplacent et chez le même individu ne présentent pas toujours la même configuration.

Cette remarque a son importance, car elle donne la preuve qu'il s'agit d'un produit pathologique mal défini et dont la genèse nous échappe.

Les parties voisines du pharynx participent plus ou moins à la lésion, mais toujours dans une mesure très-réduite. Les amygdales peuvent être hypertrophiées ou atrophiées suivant les circonstances, sans qu'il existe de relation entre leurs altérations et celles du pharynx. La luette est plus souvent le siége d'une phlegmasie d'ailleurs très-variable. Il est probable qu'elle est surtout affectée quand la paroi antérieure du pharynx est envahie par l'inflammation chronique.

La pharyngite catarrhale passerait le plus souvent inaperçue si elle ne se propageait vers le larynx et n'ajoutait à ses symptômes propres ceux de la laryngite consécutive.

Dans sa localisation pharyngée elle détermine à peine un surcroît d'expectoration, quelques sensations de gêne et d'âpreté, surtout pendant la déglutition de la salive, et une chaleur qui va rarement jusqu'à être comparée à une brûlure. Comme chez les enfants, elle provoque chez les adultes, mais plus fréquents et moins convulsifs ces spasmes volontaires qui se traduisent par le bruit caractéristique que représente au mieux le mot *hemming*, emprunté aux Anglais.

Plus la phlegmasie catarrhale descend dans le pharynx, plus la sécrétion est abondante, surtout le matin. La voix, d'abord rauque par intervalles, change de timbre et elle subit des variations qui correspondent aux phases de la maladie devenue pharyngo-laryngée. Il ne serait peut-être pas impossible de tracer un tableau assez exact des altérations que la voix éprouve sous l'influence de cette maladie et de les différencier des troubles de phonation qui relèvent d'autres causes. Mal-

heureusement ces modifications sont plus faciles à reconnaître qu'à exposer et les mots nous manquent pour les décrire.

La nature catarrhale de la pharyngo-laryngite se révèle par l'intermittence de la raucité surtout au début. L'enrouement qui n'a aucun des caractères de l'aphonie, qui ne ressemble même pas à l'enrouement initial des phthisiques, est exagéré par toutes les conditions qui augmentent la phlegmasie du pharynx, mais surtout par l'exercice de la parole en public.

M. Guéneau de Mussy rapporte l'histoire d'un chanteur dont la voix parlée était tellement rauque qu'il n'abordait la scène qu'en tremblant, mais quand il chantait le son sortait parfaitement clair. Cette observation n'a d'exceptionnel que l'excès de la raucité. Tous ou presque tous les artistes des grands théâtres lyriques ont la voix parlée très-voilée quand ils prononcent à demi-voix dans une conversation intime, et leur voix ne reprend sa sonorité que quand ils en élèvent le timbre à la tonalité artificielle du théâtre.

Il est certain que si la pharyngite est une cause d'enrouement, l'abus de l'articulation à très-haute voix, plus encore que celui du chant, est une cause presque aussi fréquente de pharyngite.

Les professeurs, les prédicateurs, les acteurs obligés de se faire entendre à distance n'y réussissent que par un artifice de phonation auquel concourent la gorge, le pharynx et le thorax. Au lieu de se maintenir dans la gamme régulière de leurs moyens, ils procèdent par une série d'efforts et ils usent d'une tension qui ressemble autant au cri adouci qu'à la parole articulée. Il suffit de déclamer de façon à ce que la voix porte au loin, et d'étudier en même temps les sensations qu'on éprouve pour se convaincre de la tension de l'arrière-gorge qui à la longue devient douloureuse.

L'influence de la pharyngite sur la voix chantée est plus lente, mais elle n'en est pas moins profonde. Les chanteurs qui ont une mesure si exacte de l'étendue de leur voix, perdent successivement un certain nombre des notes élevées ou ne les émettent qu'imparfaitement. Le son n'est pas pur et l'ar-

tiste ne réussit à le donner avec quelque assurance qu'à la condition de s'y préparer dans les mesures précédentes.

L'enrouement considéré en lui-même a des caractères qu'on réussirait mal à faire comprendre et qui varient suivant les heures de la journée, suivant que le malade est obligé à un exercice vocal plus ou moins exagéré. La voix a une raucité *humide*, elle est rude plutôt qu'éteinte et généralement abaissée. Plus claire après un repos suffisamment prolongé, elle devient plus sombre à mesure qu'on se fatigue. La lecture à haute voix, qui admet moins de nuances que la parole, donne une très-exacte mesure de ces variations. Le malade éprouve une sensation de gêne qu'il attribue au mucus qu'il essaye de rejeter par le *hem* caractéristique, et l'auditeur partage cette impression à un tel degré qu'il ne peut quelquefois se défendre de faire la même gymnastique du pharynx que celui qui parle.

A la longue, la voix peut s'altérer plus profondément, mais l'aphonie est une rare terminaison.

L'excès de sécrétion muqueuse paraît répondre plutôt à l'extension qu'à l'intensité de l'affection pharyngée. L'expectoration, d'abord considérable le matin, peut constituer par son abondance une pénible incommodité. J'ai vu chez un malade, obligé par sa profession à de longs entretiens dans son cabinet, l'expectoration devenir si énorme qu'il fut contraint, par ce seul accident, de renoncer pour quelques semaines à recevoir ses clients. Je ne saurais d'ailleurs indiquer les caractères propres au mucus expectoré.

III. La pharyngite peut non-seulement envahir le larynx, mais descendre jusque dans la trachéite et s'accompagner des signes habituels de la trachée chronique. La toux est alors ou nulle ou insignifiante, mais l'expectoration a des particularités qui méritent d'être signalées. Les crachats sont rejetés par un effort de toux volontaire et expulsés de la trachée comme ils l'étaient du pharynx. A l'auscultation on entend de gros râles ronflants à la racine des bronches qui durent tant qu'il existe une masse de mucus mobile, et qui dispa-

raissent en partie ou complétement après l'expectoration.

L'exemple le plus saillant m'a été fourni par un jeune malade qui demandait mon avis, convaincu qu'il était atteint d'une phthisie pulmonaire au début.

Sa maladie, qui remontait à plusieurs mois, avait commencé par un coryza subaigu assez insignifiant pour qu'il n'en ait pas été tenu compte. Au bout de quelques semaines la voix, toujours voilée, était devenue plus sombre, une sensation de chatouillement laryngé, plus incommode que douloureuse, revenait par intervalles ; la nuit même elle éveillait le malade.

Depuis un mois l'expectoration était épaisse, glutineuse, agglomérée, analogue d'aspect à celle de la tuberculisation, sauf que les nummules étaient beaucoup plus volumineux. Le malade percevait lui-même de gros râles sonores, prédominants du côté gauche, retentissant dans la portion supérieure de la poitrine en avant, le long du sternum. Ces râles, faciles à entendre, même à distance, se suspendaient après chaque expulsion d'un crachat et étaient remplacés par une sibilance râpeuse toute particulière. Pas de matité, pas de résonnance de la voix.

La toux était absolument nulle, en ce sens que le malade la sollicitait volontairement pour rejeter l'obstacle dont il avait conscience.

Le pharynx était le siége d'une phlegmasie subaiguë caractérisée surtout par de l'épaississement de la muqueuse et par quelques glandules demi-transparentes ; remontant dans l'histoire de la maladie, on reconnaissait la marche lentement progressive de l'affection descendue des fosses nasales dans les grosses bronches.

Sous l'influence d'un traitement approprié le malade a été et est encore complétement guéri.

IV. La pharyngite catarrhale, ainsi envahissante, qu'elle se limite au larynx ou qu'elle s'étende plus en avant, n'est pas sans retentissement sur la santé générale, et elle est loin de limiter sa sphère d'influence comme l'angine catarrhale diffuse.

Beaucoup de malades sont vivement préoccupés par les

symptômes qu'ils rapportent à une plus grave affection, d'autres sont entravés dans leur existence et obligés à un repos intermittent qui leur pèse, d'autres sont contraints de renoncer à leur carrière.

Indépendamment de ces causes de dépression morale, je crois que la phraryngo-laryngite est par elle-même susceptible de compromettre la santé quand elle se prolonge, et qu'en même temps elle garde une sorte d'acuité, ou quand elle est fréquemment traversée par des accès subaigus. On voit alors survenir un de ces états fébriles mal caractérisés qui accompagnent tant d'autres phlegmasies chroniques. L'appétit diminue, le malade maigrit, se fatigue et ne peut se défendre d'attribuer à une consomption pulmonaire l'ensemble des symptômes qu'il éprouve.

Le médecin lui-même se tient difficilement à l'abri de ces appréhensions en voyant le patient s'attrister et dépérir. La toux, bien que rare, n'est pas une absolue exception; la raucité de la voix, si caractérisée qu'on la suppose, fournit matière à plus d'un doute, et pour peu que la trachée soit affectée même incidemment et à un faible degré, les inquiétudes prennent encore plus de consistance.

V. La pharyngite catarrhale n'a pas de processus régulier; elle est sujette aux soubresauts des affections catarrhales chroniques, et son histoire diffère à peine de celle de tous les autres catarrhes, qu'ils occupent les bronches, l'intestin ou la vessie. Sa durée est également indéterminée, parce qu'elle dépend d'une foule de circonstances soustraites à notre contrôle. Tantôt elle suit une marche rapide et se suspend sans motifs connus, tantôt, au milieu d'une lente évolution, elle prend une acuité inattendue.

Son progrès, dans l'espace, n'est pas mieux accusé que son progrès dans le temps, et son mode de propagation n'obéit pas à des lois fixes. Il me paraît cependant nécessaire d'insister sur ce point important.

On admet comme un fait acquis à la science que la maladie débute exclusivement par le pharynx, et que de là elle se pro-

page à l'épiglotte, au larynx et même aux bronches. Tout en acquiesçant à l'opinion commune, et tout en ayant la démonstration expérimentale de ce décours, je crois que les choses ne se passent ainsi que dans un nombre limité d'observations. Green, et ceux qui adoptent ses idées, ont établi une loi trop générale, lorsque des cas qu'ils observaient sous cette forme, ils ont conclu que la règle était applicable à tous les faits. Le plus souvent le médecin n'est appelé que lorsque la pharyngite a pris une intensité prédominante, il constate alors l'existence de la lésion du pharynx, et considère comme primitive cette lésion qui, théoriquement, résume pour lui la maladie.

Et cependant, comment ne pas s'étonner que les individus qui, par profession, sont le plus exposés aux maladies laryngées, soient également le plus aptes à constater la pharyngite.

C'est en tenant compte de la fréquence excessive des troubles de la phonation chez les *clergymen* que les médecins anglo-américains ont été amenés à découvrir les granulations du pharynx. C'est par l'enrouement qu'on est presque toujours averti. Or, est-il bien prouvé que l'évolution, telle que nous l'avons décrite, ne puisse pas avoir lieu en sens inverse, la laryngite étant ou initiale ou concomitante et non pas consécutive au catarrhe du pharynx.

Lorsqu'on interroge les malades sans parti pris, on passe par bien des incertitudes, ou tout au moins on arrive à cette conclusion, que les deux régions, pharynx et larynx, peuvent être affectées simultanément. C'est forcer la réalité que de considérer la laryngite comme le terme ultième de l'affection pharyngée. Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit des troubles de la phonation comme de ceux de l'ouïe, qui répondent effectivement aux périodes les plus avancées des pharyngites ou des amygdalites reconnues ou traitées longtemps avant que la surdité ait apparu.

Chez un jeune homme de dix-sept ans, l'affection catarrhale du pharynx procédait par accès subaigus, et chaque fois

qu'elle redoublait d'intensité, elle était précédée par un enrouement douloureux de quelques jours, avec une toux d'un timbre particulier.

Pendant la période aiguë, le pharynx présentait seul un aspect caractéristique auquel ne participaient ni les amygdales ni les piliers. La membrane muqueuse pharyngienne était d'un rouge ardent, épaissie par places, avec des élevures qui formaient deux ou trois saillies à contours inégaux, dans le sens longitudinal. Les sillons intermédiaires, d'un rouge moins intense, ponctués de blanc, probablement dépouillés de leur épithélium, ressemblaient à des surfaces ulcéreuses en voie de réparation. La gorge était chaude au toucher et le malade se plaignait d'une sensation de brûlure. Peu à peu, dans l'espace de quatre ou cinq jours, le pharynx s'aplanissait, mais le malaise local ne diminuait pas en proportion de l'amélioration apparente.

La maladie datait de quatre à cinq mois, sans traitement, lorsqu'un coryza, provoqué par un refroidissement, détermina la propagation du mal aux fosses nasales. L'enchifrènement, sans excrétions muqueuses, durait lui-même depuis un mois lorsque je fus appelé à constater la lésion; elle était alors, au dire de ce jeune homme, à son maximum d'intensité. Deux ganglions, un surtout volumineux, existaient du côté gauche; les amygdales étaient à peine saillantes. La marche de l'affection était là presque décisive et le coryza était devenu, comme la laryngite, l'occasion d'un redoublement sinon la cause de la pharyngite.

Quoi qu'il en soit, et quelques réserves qu'il convienne de poser, il n'en est pas moins vrai que la double maladie du pharynx et du larynx semble être de même nature, et que l'inspection de l'arrière-gorge fournit les plus précieux renseignements.

J'ai, à propos de l'angine catarrhale diffuse, indiqué très-sommairement ses relations avec la santé générale du malade. J'ai montré que diverses dyscrasies avaient été et devaient être mises en cause; j'ai noté l'influence de la diathèse gout-

teuse et celle de la diathèse dite herpétique. Je ne crois pas superflu de revenir ici, en quelques mots, sur la nature herpétique de l'affection catarrhale pharyngo-laryngée.

Chomel, dans son étude encore imparfaite de la maladie qui nous occupe; M. Guéneau de Mussy, dans sa description beaucoup plus rigoureuse, ont considéré la pharyngite granuleuse comme une des expressions de l'herpétisme. Avant de discuter l'idée, il faut s'entendre sur la dénomination.

Parmi les malades atteints d'affections cutanées, il en est qui subissent une altération définie de la peau; d'autres, sans rentrer dans une classe à caractères fixes, sont sujets à des éruptions mobiles, fugaces, de nature variable. Chez eux la vitalité de la peau est prédominante, et l'enveloppe cutanée représente au mieux les modifications accidentelles que leur santé éprouve sous l'influence de la digestion, du refroidissement, de la chaleur, de la sudation, de la fatigue, des émotions morales, etc. Leurs affections de la peau ne prennent pas les proportions d'une maladie classée; elles restent à l'état de *tentamen*, se renouvellent, se dissipent spontanément et procèdent à l'inverse des affections parasitaires. C'est chez ces individus, dont on pourrait dire qu'ils sont virtuellement herpétiques, que se développe surtout le catarrhe pharyngo-laryngé. Qu'elle touche à la membrane muqueuse ou qu'elle siége à la peau, l'affection dartreuse n'est pas plus rigoureusement caractérisée. Lorsque au contraire une éruption cutanée définie dans sa marche envahissante, se porte sur le pharynx, elle y apparaît avec ses caractères propres et n'a pas l'apparence indécise de l'angine que j'ai décrite.

La diathèse herpétique n'est d'ailleurs pas la seule qui, restant ainsi à l'état de prédisposition plutôt que de fait accompli, ait sa traduction indistincte dans des régions où elle ne siége plus quand elle est dans son franc et plein développement. Combien de fois la goutte, avant d'être arrivée au degré de maturité qui répond aux phlegmasies articulaires, s'essaye-t-elle pour ainsi dire sous des formes moins pathognomoniques. Il suffit de rappeler les diarrhées soudaines et profuses, les accès de colique néphrétique, de catarrhe vésical,

de dyspnée singulière, les vertiges obstinés qui précèdent l'attaque ou qui sont au besoin la seule manifestation d'une diathèse qui n'aboutit pas à l'arthritis.

Il en est de même de la pharyngo-laryngite qui n'est qu'un anneau dans la chaîne des accidents auxquels sont sujets et les goutteux et les dartreux en puissance, et qui peut être ainsi l'unique expression d'une diathèse qu'on a lieu de supposer plutôt que de constater.

VI. TRAITEMENT. — J'ai cru devoir séparer la pharyngite de l'angine catarrhale diffuse, en vertu des conditions pathologiques que j'ai longuement exposées en décrivant la maladie : cette distinction se justifie également par les indications thérapeutiques.

Le traitement doit varier suivant le mode et le degré de l'inflammation. C'est faute d'avoir tenu suffisamment compte de la mobilité de la lésion qu'on a souvent des insuccès avec des remèdes justement préconisés auxquels on attache une valeur trop absolue.

Lorsque la pharyngite est essentiellement chronique, que les exacerbations y sont rares ou nulles, les caustiques atténués donnent les meilleurs résultats. Mais même dans ces conditions, il importe de modifier la dose du caustique. Plus l'état de la membrane muqueuse approche de la phlegmasie vraie, plus il faut étendre dans un véhicule inerte la substance active ; moins il y a de phlegmasie apparente, plus on peut augmenter la puissance cautérisante du remède.

La cautérisation du pharynx est d'ailleurs soumise à moins de réserves prudentes que celle de l'isthme du gosier, cette partie de l'arrière-gorge étant beaucoup moins susceptible.

Le choix du caustique ne saurait être indifférent, malheureusement les indications font défaut et ce n'est que par tâtonnements successifs qu'on arrive, chez chaque malade en particulier, à employer de préférence un des agents. Le nitrate d'argent recommandé d'abord à peu près exclusivement ne réussit pas toujours, on peut même dire que dans la majorité des cas il n'est pas le premier médicament à essayer. Je pré-

fère recourir d'abord au chlorure de zinc en commençant par une solution au dixième, que j'augmente graduellement sans dépasser jamais la proportion d'une partie de chlorure pour quatre parties d'eau distillée. La cautérisation légère, superficielle, ne laisse pas de fausses membranes qui troublent l'examen ultérieur.

La teinture d'iode et le perchlorure de fer ont les mêmes avantages. J'ai fait usage, mais surtout dans les cas anciens et rebelles, d'une solution de sublimé à la dose d'un gramme de deuto-chlorure hydragyrique pour quatre grammes d'alcool et de cent à deux cents grammes d'eau distillée ou du double d'eau de chaux, en ayant soin de faire rincer la bouche du malade immédiatement après l'opération.

Cette précaution semble surtout nécessaire après l'usage du sublimé, bien que je n'aie jamais vu survenir le moindre accident. Elle est toujours utile pour enlever le goût métallique très-persistant qui constitue la seule incommodité de la médication.

Il est souvent à propos d'ajouter à la solution caustique du miel, pour lui donner plus de consistance ; autrement le pinceau, convenablement essoré, ne retient qu'une quantité insuffisante de liquide.

La cautérisation liquide se fait au mieux à l'aide d'un pinceau de blaireau, les pinceaux de charpie sont trop grossiers, ils se chargent outre mesure du médicament et n'ont pas l'élasticité convenable. Ainsi pratiquée avec un pinceau à tige droite, la cautérisation n'atteint qu'une portion très-limitée du pharynx et convient seulement quand l'affection est récente, qu'elle ne s'est pas encore propagée au larynx et qu'il y a chance de l'entraver dans sa marche.

Plus tard, il faut de toute nécessité se servir de l'éponge montée de Green, dont le professeur Trousseau a vulgarisé l'emploi en France. L'instrument se compose d'une tige de baleine d'une longueur moyenne de vingt-cinq à trente centimètres, amincie et arrondie dans son tiers supérieur, de manière à ce qu'il reste une sorte de manche. A l'extrémité on monte une éponge fine de la grosseur d'une petite noi

sette, quand elle est humectée. L'éponge est maintenue par de la cire à cacheter déposée sur la baleine et ensuite assujettie par un fil ciré. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'en laissant une petite saillie à la pointe de la baleine, on assure la solidité de l'éponge. Quelque précaution qu'on prenne, l'éponge est assez difficile à fixer et il importe que le médecin puisse lui-même, sans recourir à un fabricant, construire ce très-simple appareil. Je préfère substituer à l'éponge un bourdonnet de ouate qu'on recouvre d'une mousseline fine, assujettie à son collet par un fil. Outre que la ouate est aisément enroulée, elle n'a pas comme l'éponge l'inconvénient de se vider sous l'influence de la pression. Une circonstance dont j'ai gardé le souvenir m'a surtout engagé à cette modification dont je n'ai pas souci d'exagérer l'importance. Chez un malade auquel je donnais des soins, homme nerveux et appréhensif, une convulsion involontaire du pharynx vint comprimer fortement l'éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent pendant que je pratiquais la cautérisation. Quelques gouttes du liquide pénétrèrent dans le larynx et déterminèrent de violentes quintes de toux. Le malade, saisi de frayeur, convaincu, malgré mes assurances, qu'il était sous le coup d'une suffocation imminente, fut pris de véritables attaques de nerfs qui redoublaient la dyspnée, et auxquelles succédaient par intervalles des syncopes effrayantes. Je me suis promis, depuis lors, de ne plus m'exposer à de pareilles émotions et en remplaçant l'éponge par la ouate, j'ai pu me tenir parole sans abandonner un mode de traitement efficace.

La courbure de la baleine doit être assez brusque, de manière à prendre la forme d'un crochet arrondi plutôt que celle d'un segment de cercle à grand rayon. Le dessin que Green a donné de son instrument laisse à désirer sous ce rapport. Il est d'ailleurs si facile, à l'aide de la chaleur, de modifier la courbe donnée à la baleine, qu'on peut toujours, avec quelques tâtonnements, obtenir la disposition la plus commode.

Le manuel opératoire consiste à abaisser fortement le larynx avec l'abaisse-langue de Green, et à introduire l'éponge dans le pharynx en donnant à la tige un léger mouvement de

bascule. De deux choses l'une, ou on ne cautérise que l'épiglotte et les ligaments aryténo-épiglottiques, ou on pénètre dans la cavité laryngée. Dans le premier cas, le malade n'éprouve pas de sensation appréciable ; dans le second, il est pris d'une petite quinte de toux, d'un peu de suffocation, et avec quelque habitude, l'opérateur reconnaît lui-même que le tampon est engagé dans un conduit plus resserré.

Il n'est pas nécessaire, pour obtenir des effets utiles, de réussir à introduire le caustique dans le larynx, il suffit, le plus souvent, de toucher l'épiglotte et la portion inférieure du pharynx. Si l'affection laryngée est entretenue, comme on le croit, par la phlegmasie catarrhale qui, du pharynx où elle est fixe, se propagerait aux parties voisines, on a chance de détruire ainsi le foyer. L'expérience est, dans la plupart des cas, d'accord avec cette donnée théorique.

Les autres remèdes topiques, gargarismes, astringents, irritants, insufflations pulvérulentes, ont l'inconvénient de ne pas pénétrer profondément. Autant ils conviennent aux angines catarrhales diffuses, autant ils donnent des résultats incomplets dans les pharyngites chroniques.

Une méthode nouvelle, et qui n'est pas encore entrée dans la pratique usuelle, a été employée pour combattre les angines pharyngées sans recourir aux caustiques actifs. Je veux parler de la pulvérisation des liquides. Les appareils de pulvérisation installés dans les établissements thermaux ne fournissent qu'un des éléments d'une médication complexe, et leurs effets, difficiles à isoler, ont été jugés diversement. Les liquides pulvérisés sont en général d'une minéralisation très-atténuée, et encore perdent-ils souvent, pendant l'inhalation, une partie de leurs composants volatils. La nécessité de mettre la cavité buccale en contact avec la poussière du liquide oblige à exclure toutes les solutions concentrées sous peine d'agacer les dents ou d'altérer la muqueuse de la bouche. On peut dire qu'on ne pulvérise que des liquides qu'il serait permis de déglutir impunément. Ce n'est donc plus par sa composition mais par son mode d'administration que le liquide médicamenteux est réputé exercer une action favorable lorsqu'on soumet le ma-

lade à la pulvérisation de liquides sulfureux, alcalins, etc., qu'on serait libre de prescrire en boisson par très-petites gorgées.

On suppose que la poussière liquide agit à la façon d'une douche qui n'est pas l'équivalent d'un bain, sur le pharynx, qu'elle pénètre dans le larynx et atteint des parties où les boissons n'auraient pas accès. Je crois qu'une très-minime portion du liquide s'insinue dans la trachée lorsque le malade fait isolément usage du pulvérisateur. Il n'en est plus ainsi dans les salles des établissements où un grand nombre d'individus sont réunis, où l'atmosphère est chargée d'humidité et où la pulvérisation n'est presque qu'un accessoire de l'inhalation de l'air ambiant. Pour ma part, je n'ai jamais vu la pulvérisation donner, dans la pharyngite chronique, des résultats supérieurs aux procédés habituels, et je la tiens pour inférieure à la cautérisation prudemment et régulièrement pratiquée.

En dehors des remèdes topiques, les médications générales sont conseillées comme offrant une double chance de succès. Les liquides ingérés agissent d'abord localement par leur contact au passage avec les parties malades; ils servent ensuite à combattre la disposition diathésique qui avait favorisé le développement de la maladie et qui contribue à l'entretenir.

Si dans l'angine catarrhale diffuse l'action topique est d'une importance réelle, ici c'est l'action générale qui paraît de beaucoup la plus puissante.

Les eaux alcalines et sulfureuses occupent le premier rang dans cet ordre de modificateurs et répondent à des indications moins aisément définies qu'on ne serait disposé à le croire. On peut dire, et on dit, que les eaux sulfureuses conviennent de préférence aux femmes atoniques, aux malades chez lesquels il y a lieu de solliciter une irritation substitutive, tandis que les eaux alcalines répondraient aux conditions contraires. La règle serait excellente si les malades atteints de catarrhe pharyngé étaient aussi conséquents qu'on l'admet avec leur constitution supposée. Dans le cours de leur affection essentiellement chronique, fixe par son siége, mobile par son

processus, le même individu représente alternativement l'irritabilité et l'atonie exagérées. Il faut donc faire la somme ou plutôt la balance des deux états et se décider en conséquence. On comprend qu'on arrive ainsi plus près du probable que du certain, et que les remèdes qui n'ont pas de ces compromis logiques ne s'accommodent pas toujours aux espérances du médecin. De là les recommandations presque toujours enthousiastes de certaines eaux minérales ou leur dépréciation excessive. De là surtout la nécessité d'une gouverne attentive et intelligente du médicament.

J'ai souvent constaté les effets très-avantageux des eaux minérales choisies avec discernement; j'ai rarement eu à constater des guérisons radicales obtenues par le seul fait du traitement thermal pratiqué dans les meilleures stations et continué pendant la durée moyenne d'une cure. C'est un espace de temps trop court pour vaincre la ténacité habituelle de la maladie. J'appuie sur ce fait d'expérience, non pas pour dissuader les malades de la fréquentation des sources minérales, mais pour leur éviter le découragement qui succède aux espérances excessives. La cure minérale ne représente qu'un temps ou une période du traitement. Avant comme après il faut intervenir, et c'est ce que beaucoup de médecins, trop confiants dans la valeur absolue des eaux, négligent de faire.

Je ne ferai que mentionner le traitement général par les dérivatifs intestinaux ou cutanés qui n'offre ici aucune indication particulière.

## AMYGDALITE CHRONIQUE

1. Il est beaucoup plus rare qu'on ne le croirait, d'après les opinions reçues, que l'angine catarrhale chronique ait pour siége exclusif ou prédominant les amygdales. L'erreur vient de ce que l'on se borne trop souvent à l'examen des amyg-

dales sans tenir compte de l'état des parties voisines; en limitant ainsi l'observation on limite artificiellement la maladie. L'inspection même rapide de l'arrière-gorge permet de constater à première vue la saillie que les tonsilles font entre les deux piliers, tandis qu'il faut une plus longue investigation pour se rendre compte des altérations de la membrane muqueuse dans les autres points. Je crois qu'il suffit, pour réduire à ses véritables proportions l'amygdalite catarrhale chronique, de la mettre en regard des deux catarrhes chroniques, diffus et pharyngien sur la description desquels j'ai longuement insisté.

Les amygdales ont des dimensions extrêmement variables et se présentent sous des aspects très-différents. Lorsqu'on examine la gorge d'un grand nombre d'enfants, il est facile de constater ces variations congénitales. Elles consistent non-seulement dans le volume plus ou moins augmenté de l'organe, mais dans sa coloration et dans sa conformation apparente. La surface est presque lisse ou présente des anfractuosités, des saillies, des déchirements que l'on attribue à tort à des lésions pathologiques puisqu'on les retrouve même chez des enfants du premier âge qui n'ont jamais souffert d'angines. Les amygdales sont, comme la langue, lisses, inégales, rugueuses, fendillées, en dehors de toute cause maladive, et on peut dire qu'il est difficile, sinon impossible de définir leur état vraiment normal.

La structure intime n'est pas elle-même exactement connue. On sait que les amygdales se composent d'une membrane muqueuse de revêtement, de glandes acineuses, de follicules, d'un tissu connectif; on sait aussi que la muqueuse ne recouvre pas seulement la surface, mais les cavités plus ou moins profondes qu'on voit s'ouvrir à la périphérie sous les formes les moins régulières. Par le fait de ces anfractuosités, la membrane muqueuse tonsillaire a une étendue plus considérable qu'il ne semble tout d'abord et on ne la mesurerait qu'en la déplissant, si la chose était possible.

La disposition de ces cryptes anfractueuses, le processus des lésions dont elles sont le siége, les modifications normales

ou pathologiques que subit le mucus sécrété à leur intérieur, n'ont été qu'imparfaitement étudiés. Il est constant que les glandes s'ouvrent aussi bien dans les cavités qu'à la surface de l'organe, que les follicules y sont nombreux. Il est probable que le plus grand nombre des affections de l'organe qui entraînent des troubles sécrétoires ont dans ces cavités leur point de départ. C'est là que se passent les premières et les principales modifications qui échappent si souvent à l'investigation directe ou dont on n'aperçoit que les derniers produits. Nous n'avons pas à revenir sur ces données déjà signalées à propos des éruptions tonsillaires.. L'inflammation catarrhale chronique ne se produit que chez les individus qui ont normalement les amygdales volumineuses. Elle n'est pas la cause exclusive, et même, à un certain degré, elle est la conséquence de l'hypertrophie tonsillaire.

II. AGES. — Il importe, pour cette espèce d'angine chronique, plus encore que pour toutes les autres, de faire acception des âges. En confondant dans une même description les enfants et les adultes, on n'aboutirait qu'à une énumération sans utilité pratique.

Chez les adultes, l'amygdalite catarrhale chronique est une rare exception, si elle existe. Les affections tonsillaires sont nombreuses, mais elles appartiennent à d'autres formes, et lorsque l'inflammation catarrhale chronique a lieu, elle n'est pas primitive, mais secondaire; elle continue et termine une affection mieux définie qui a perdu, en s'éteignant, ses caractères spécifiques.

Chez l'enfant, au contraire, depuis la première enfance jusqu'à la pleine puberté, le catarrhe de l'arrière-gorge peut se limiter aux amygdales ou s'y fixer d'une manière prédominante.

La maladie procède alors par accès ou plutôt par recrudescences, car, pour les sujets très-prédisposés, on peut dire qu'elle ne cesse jamais complétement. Chaque crise est marquée par les mêmes symptômes à des degrés différents, suivant son plus ou moins d'acuité. Comme état général : malaise, fatigue,

courbature, fréquence du pouls s'élevant jusqu'à la fièvre. Comme état local : rougeur plus ou moins vive, chaleur, douleur à la déglutition, tuméfaction des parties.

La sécrétion de la membrane muqueuse échappe à tout contrôle. Nous avons déjà montré que la sécrétion n'était appréciable que lorsque le catarrhe de la gorge occupe une assez large étendue pour que ses produits soient expulsés sous forme d'expectoration. Tandis que, dans les angines catarrhales diffuses, l'expectoration a une certaine signification, dans les espèces localisées, elle n'a plus de valeur.

Il est probable cependant que les produits sécrétés ne sont pas sans influence sur la marche de la maladie. Versés au dehors, ils sont entraînés; mais accumulés dans les cavités plus ou moins profondes des cryptes, ils y produisent vraisemblablement les effets que déterminent les crachats rassemblés dans les bronches et deviennent une cause accessoire d'irritation. Lorsqu'on extirpe les amygdales, dans le cours d'une amygdalite chronique, on est frappé de la quantité considérable de mucus que contiennent les cavités qui n'ont pas évacué leur contenu.

Les accès ordinairement subaigus n'ont pas de durée fixe et ne reconnaissent de causes appréciables que dans un certain nombre de cas.

Chez les filles à l'âge de la puberté, il existe souvent une relation manifeste entre le molimen menstruel et les poussées congestives qui ont lieu du côté des amygdales, et se propagent avec une moindre intensité aux parties voisines. Le refroidissement qui provoque tant d'affections aiguës intervient peu dans le développement des formes chroniques. L'amygdalite catarrhale réduite à ces simples proportions mériterait à peine d'être mentionnée ; elle offre surtout de l'intérêt par ses complications et par ses suites.

III. Les amygdales sont, chez les jeunes sujets, un foyer d'où l'inflammation irradie dans les portions ambiantes; de plus elles acquièrent des dimensions exagérées qui troublent mécaniquement les fonctions dévolues à l'arrière-gorge. C'est

sur ces deux conditions en quelque sorte extrinsèques que doit se fixer l'attention.

Les crises d'amygdalite catarrhale suivent une marche qui leur est propre et dont on ne retrouve pas exactement l'équivalent dans le catarrhe diffus et surtout dans celui du pharynx, bien que tous deux procèdent également par accès. L'inflammation en se propageant aux parties voisines perd de plus en plus le caractère catarrhal et au lieu de s'attaquer de préférence aux éléments de sécrétion, elle devient une phlegmasie simple, envahissant la membrane muqueuse en totalité. Je ne saurais mieux faire comprendre cette évolution qu'en prenant pour terme de comparaison le coryza aigu. L'inflammation de la membrane pituitaire avec sécrétion exagérée, se propage, mais sous forme de phlegmasie simple, avec rougeur et sécheresse, au pharynx et jusqu'au larynx : catarrhale dans les fosses nasales, elle ne l'est plus dans ces parties qui ne sont affectées que consécutivement, comme le tissu cellulaire dans l'aréole d'une pustule spécifique.

Ces inflammations par propagation peuvent s'éteindre avec la lésion qui leur a donné naissance et disparaître avant elle, mais elles ont eu pour caractère d'être douloureuses, de produire de la sécheresse et de la chaleur. La souffrance dans les accès de l'amygdalite chronique, par elle-même à peu près indolente, est en rapport avec la vivacité et l'étendue de la phlegmasie consécutive. Les malades, à l'âge de raison, rendent bien compte de la gêne douloureuse que leur causent les mouvements du voile du palais et des piliers antérieurs dont l'aspect est d'ailleurs caractéristique.

Lorsque la phlegmasie remonte le long du pharynx, elle peut gagner les trompes et donner lieu à des douleurs d'oreilles vives, ardentes, en désaccord avec la passivité relative de l'amydalite. Lorsqu'elle descend en sens inverse, elle détermine de la raucité ou de l'extinction de la voix et une laryngite presque franche.

Ces propagations passagères ont peu d'inconvénients, elles en ont davantage quand elles se répètent et qu'entretenues par l'amygdalite elles tendent à se fixer ou à se reproduire à de courts intervalles. Tandis que dans les formes précédemment décrites,

l'extension se faisait lentement, graduellement, à mesure que la maladie gagnait du terrain sans changer de nature; ici l'extension est plus brusque, presque soudaine en même temps qu'elle porte sur un espace moins bien circonscrit.

Il résulte de ce mode de progression sur lequel j'insiste à dessein, qu'on est averti par quelque signe douloureux dès qu'une région est envahie. Lorsque l'inflammation secondaire atteint la trompe d'Eustache, le malade a lui-même l'attention éveillée par la souffrance avant qu'il ait songé à s'inquiéter de la surdité. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles les médecins voués spécialement à l'étude des maladies de l'oreille, ont attribué à la phlegmasie tonsillaire chronique un rôle quelque peu exagéré dans la production des surdités catarrhales, alors qu'ils insistaient moins sur l'influence plus insidieuse des catarrhes pharyngés.

Dans tous les cas, la phlegmasie consécutive finit, à force de se renouveler, par se maintenir indépendamment des congestions tonsillaires qui contribuent seulement à l'exagérer, ou, si on me passe le mot, à la rajeunir. Plus il y a profit à prévenir cette seconde phase de l'inflammation, plus il faut être attentif à l'avertissement de la douleur. Toutes les fois qu'un jeune sujet atteint de catarrhe chronique des amygdales présente le moindre indice de propagation à la trompe, on doit recourir à la seule médication efficace et surtout rapide, l'ablation des amygdales. Si l'opération est si souvent improductive, c'est qu'on a attendu trop longtemps. Les otologistes diffèrent d'opinion relativement aux effets utiles de l'extirpation des amygdales, mais il faut bien reconnaître qu'ils ne sont habituellement consultés qu'à une époque déjà avancée de la maladie. Ceux qui peuvent comme Yearsley se vanter, non sans quelque orgueil, d'avoir extirpé plus de deux mille amygdales, ont nécessairement rencontré un certain nombre de ces cas favorables; ceux qui ont opéré plus rarement ont dû trouver moins de chances de succès.

Encore une fois, je ne conteste pas les conséquences fâcheuses de l'amygdalite chronique, mais je répète qu'on aurait tort de la considérer comme la cause unique de la

surdité et même de la placer au-dessus de la pharyngite.

Non-seulement l'inflammation chronique de l'amygdale s'étend sur la membrane muqueuse, mais elle affecte aussi les vaisseaux lymphatiques et donne lieu à des adénites du cou. Tant que l'engorgement des ganglions lymphatiques reste passif, il n'a d'inconvénients que chez les enfants maigres et dont la peau transparente laisse voir les glandes tuméfiées. Lorsqu'au contraire soit d'emblée, soit à la suite des poussées inflammatoires qui se succèdent, les ganglions deviennent le siége de phlegmasies subaiguës, ils subissent des altérations plus graves.

Les médecins qui attachent avec raison une souveraine importance aux adénites des angines infectieuses auraient tort de négliger les engorgements ganglionnaires provoqués par les phlegmasies catarrhales tonsillaires. Ce n'est pas un médiocre chagrin pour une jeune fille de porter au cou une tumeur qui suppure après avoir déterminé des douleurs modérées mais persistantes, et qui laisse, une fois ouverte, une cicatrice indélébile.

La marche des phlegmons ganglionnaires qui se produisent sous l'influence du catarrhe des amygdales est assez uniforme pour qu'on puisse l'exposer sommairement. Hypertrophie d'un ou deux ganglions, indolente pendant les périodes de rémission et laissant aux glandes une certaine mobilité sous la pression du doigt. Pendant les crises d'amygdalite plus aiguës bien qu'exemptes de fièvre et de symptômes généraux, sensation de tension et douleurs légères lorsqu'on appuie le doigt ou par la compression des vêtements; le ganglion se fixe sans augmenter notablement de volume. Si les accès reviennent plus fréquents ou plus intenses, il se forme vraisemblablement de petits foyers de suppuration mal caractérisés et dont on soupçonne plutôt qu'on n'affirme l'existence.

A partir de ce moment décisif, la suppuration gagne, les foyers se multiplient. Cette marche s'accomplit avec une extrême lenteur, il faut des mois et souvent des années pour que le ganglion malade se fonde dans un de ces abcès dont on sait trop bien l'imperturbable chronicité.

Il devient enfin nécessaire de donner issue au pus, et de nouvelles complications apportent encore de nouveaux délais; la fonte purulente est inégale, d'une durée indéfinie, le trajet devient fistuleux, on ne réussit à obtenir la guérison complète qu'à l'aide du drainage ou de cautérisations en nombre illimité.

Par tous ces caractères, par leur mode de progression, les abcèsglanduleux liés à l'amygdalite catarrhale chronique avec exacerbations, diffèrent des abcès chauds dont les exemples ne sont pas rares à la suite des phlegmasies tonsillaires d'une franche acuité. Ils s'éloignent également des abcès survenus dans le cours des angines spécifiques: scarlatineuse, morbilleuse, diphthérique, qui ne se limitent pas aux ganglions, mais s'étalent dans le tissu cellulaire et peuvent donner lieu à un sphacèle profond d'une plus ou moins grande étendue.

IV. L'hypertrophie des amygdales a fourni matière à de nombreuses dissertations. Les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de l'enfance et de l'adolescence ne pouvaient omettre un état morbide qu'ils avaient tant d'occasions d'observer. Il semble que les auteurs aient épuisé l'étude de ce point de pathologie; mais si leurs travaux n'ont pas besoin d'être complétés, peut-être n'est-il pas sans utilité de soumettre leurs opinions à une révision critique.

L'hypertrophie tonsillaire entretient avec le catarrhe chronique des amygdales une étroite relation, et j'ai cru préférable de réunir les deux dans une même description au lieu d'ouvrir à chacun son chapitre particulier.

Pour les amygdales, comme pour tous les autres organes, l'hypertrophie ne représente pas une maladie. Facilement appréciable à la vue et au toucher, d'une valeur considérable parce qu'elle est aisée à constater avec exactitude, l'augmentation de volume n'est que le premier aspect d'une lésion dont il est indispensable de poursuivre plus avant la recherche. Elle peut relever en effet, et il serait hors de propos d'insister sur cette vérité banale, de causes très-différentes et traduire grossièrement des altérations sans parité.

Faire de l'hypertrophie des amygdales une espèce, c'est s'engager dans une description confuse qui rassemble artificiellement des états qu'il importe de séparer par une analyse plus approfondie.

L'hypertrophie tonsillaire est accidentelle ou durable. Passagère, elle succède à toutes les phlegmasies, sans exception, qui peuvent affecter ces organes: éruptions variées, congestions inflammatoires parenchymateuses, inflammations bornées à quelques-uns des appareils sécréteurs, généralisées ou partielles, se terminant par résolution ou par abcès.

Sa durée est alors assez courte et sa signification assez réduite pour qu'on n'en tienne pas compte en présence de la maladie plus décisive à laquelle on vient d'assister. Il arrive cependant que la résolution ne se parfait pas et que l'amygdale garde des dimensions plus considérables. Chez l'adulte, comme je l'ai noté, en insistant sur la considération des âges, cette hypertrophie secondaire ne prend jamais des proportions incommodes.

L'hypertrophie durable n'existe en fait que dans la première période de la vie, et si chez l'adulte on observe des amygdales volumineuses, il est permis d'affirmer que depuis l'enfance leur volume était exagéré.

L'hypertrophie, si tant est qu'en pareil cas l'ampleur des amygdales mérite ce nom, peut être un état normal. Beaucoup d'enfants apportent en naissant cette disposition, qu'on a essayé de rattacher à leur constitution. Il est admis que les enfants à tempérament lymphatique ou scrofuleux ont de grosses amygdales, reste à savoir à quels signes se reconnaît, dans les premiers âges, ce tempérament dont tous les enfants présentent plus ou moins les attributs.

Lorsque les proportions de l'organe, si excessives qu'elles soient, restent stationnaires, elles n'ont aucun inconvénient et ne s'expriment par aucun signe. A quel médecin n'est-il pas arrivé de donner des soins assidus à des enfants, sans soupçonner l'existence d'une hypertrophie congénitale des amygdales qu'une circonstance fortuite donnait, un jour, à constater?

L'hypertrophie progressive, la seule qui mérite d'être prise en considération, presque toujours, sinon toujours, est reliée au catarrhe tonsillaire chronique. L'affection catarrhale procédant, comme je l'ai déjà indiqué, par accès subaigus que séparent de longues rémissions, détermine à chaque nouvelle poussée une augmentation de volume. Si des phlegmasies d'un autre ordre viennent rompre la série monotone des exacerbations, elles ajoutent leur appoint.

L'aspect des amygdales ainsi hypertrophiées et qui sont le siége d'un catarrhe chronique d'intensité variable, diffère suivant les époques où on procède à l'examen. Pendant les intermissions les amygdales sont roses, indolentes au toucher, d'une couleur uniforme. Pendant les recrudescences elles se modifient dans leur consistance et dans leur coloration, suivant la forme et le degré du catarrhe.

Exposer les modifications produites dans la texture et à la surface des tonsilles hypertrophiées, c'est faire l'histoire des divers modes de l'affection catarrhale elle-même.

Je me bornerai à signaler deux variétés qui me paraissent répondre à deux ordres de lésions. Dans la première, la congestion est généralisée, les amygdales sont d'un rouge livide, leur sécrétion est augmentée et il est difficile d'en apprécier la qualité ou d'en mesurer la quantité; il suffit, pour se convaincre de l'exagération de la sécrétion, de prolonger pendant quelques secondes l'inspection de la gorge. On voit alors sourdre par les cryptes un liquide transparent, et en écartant les cryptes avec un stylet, on constate qu'elles contiennent du mucus en grande proportion.

Dans le second type, la sécrétion ne paraît pas s'accroître, mais les amygdales prennent une teinte opaline; leur surface est muriforme; on dirait qu'elles sont composées d'une agglomération de vésicules demi-transparentes. Au toucher elles sont molles, veloutées, dépressibles, tandis que dans l'autre variété elles donnent la sensation d'une résistance presque cartilagineuse.

Les symptômes sont à peu près les mêmes dans les deux cas : difficulté de déglutition, ardeur moyenne de la gorge,

La seconde espèce est en général plus fugace, les exacerbations durant à peine au delà de vingt-quatre heures. Quelle que soit la modalité de l'affection catarrhale, l'hypertrophie s'accroît à chaque poussée subaiguë. Elle peut être portée assez loin pour que les deux organes se touchent et laissent à peine un espace vide où vient se fixer la luette. Dans ces exemples extrêmes il n'est pas très-rare de noter une sorte d'intertrigo des amygdales, blanchâtres, tomenteuses au point de contact.

Les plus graves inconvénients rattachés à l'hypertrophie tonsillaire ne sont pas de son fait, mais tiennent à la répétition des accès d'angine dont elle est moins la cause que la conséquence. La preuve en est que, chez les jeunes sujets pourvus d'amygdales énormes, on n'a guère à s'en préoccuper s'il n'existe pas d'affection catarrhale concomitante; tandis que chez les individus prédisposés au catarrhe tonsillaire, avec des amygdales de dimension moyenne, on trouve au plus haut degré les symptômes assignés à l'hypertrophie.

Par elle-même, en dehors de toute complication, l'ampliation exagérée des amygdales a pour effet d'altérer à des degrés très-variables le timbre de la voix qui devient en général plus nasonnée; d'entraver la respiration buccale et d'imprimer un cachet particulier à la physionomie, au moins dans les cas extrêmes; de gêner par exception l'exercice de l'ouïe, bien que les demi-surdités aient, ainsi que je l'ai montré plus haut, une autre origine. On a supposé que, par contre, l'hypertrophie congénitale, infirmité sans évolution morbide, contribuait chez certains enfants, à donner plus d'ampleur à la poitrine.

En résumé, le catarrhe chronique limité aux amygdales ne détermine directement que des incommodités sans importance et qui consistent dans un peu de gêne de la déglutition et de douleurs ou de chaleurs revenant par accès. Secondairement, et comme conséquences immédiates ou éloignées, il entraîne des accidents plus signifiants, et qui sont: l'extension de la phlegmasie à une portion plus ou moins considérable de la membrane muqueuse de la gorge, du nez ou du larynx; la production d'engorgements et d'abcès glanduleux

et en dernier lieu l'hypertrophie progressive des amygdales qui restent le siége d'une affection permanente, soit du parenchyme en totalité, soit de quelques-uns des éléments qui concourent à leur composition.

V. TRAITEMENT. — Le traitement de l'amygdalite catarrhale trouve, dans les divisions que nous venons d'établir, ses meilleures indications. Si les auteurs sont partagés sur l'opportunité et l'efficacité des nombreux moyens dont la thérapeutique dispose, c'est qu'ils n'ont pas eu assez présent à l'esprit le but à atteindre.

Réduit à lui-même, exempt de complications et dans ses premières périodes, le catarrhe tonsillaire doit être activement traité pour conjurer ses conséquences possibles. Je n'ignore pas que les médications préventives ont leurs écueils. On se persuade aisément qu'on a détourné des accidents qui n'auraient pas eu lieu ; mais cette intervention optimiste est encore supérieure à l'expectation, dont on peut assurer qu'elle ne détournera rien.

Le traitement se décompose en deux parts : celui de l'accès plus ou moins aigu, celui de la période d'intermission. Pendant l'accès, on emploiera les remèdes qui conviennent aux premières phases de toutes les affections catarrhales : émollients, dérivatifs légers, régime antiphlogistique.

Dans les intervalles de sédation, il importe de rechercher si la phlegmasie s'est seulement atténuée ou si elle a cessé complétement, sans chances certaines ou probables de retour.

Lorsqu'après une exacerbation, les amygdales ne diminuent pas de volume, qu'elles conservent une coloration violacée qui les distingue des parties ambiantes, on n'hésitera pas à agir.

La médication générale est de peu de valeur, à moins que les recrudescences n'aient lieu sous l'influence de la menstruation, de la constipation prolongée, de troubles quelconques dans les fonctions intestinales ou utéro-ovariques. Tant d'autres raisons commandent de surveiller la régularité de ces fonctions importantes que l'amygdalite subaiguë devient un

incident de second ordre. Chez un petit nombre de jeunes filles à menstruations douloureuses, j'ai vu la fluxion des amygdales représenter un des phénomènes les plus incommodes; mais, en dehors même de cette complication, la santé générale et la santé abdominale subissaient de pénibles atteintes, et en améliorant la fluxion utéro-ovarique, on diminuait l'amygdalite consécutive.

Le traitement topique est d'un plus fréquent emploi. Il consiste en astringents, en caustiques de toute espèce, et je ne crois pas qu'il y ait, excepté peut-être le col de l'utérus, un organe sur lequel on ait épuisé autant de formes de cautérisation que les amygdales. Parmi les praticiens, les uns se sont loués de leurs remèdes de prédilection, les autres ont déclaré qu'on fatiguait inutilement les malades, et qu'il valait mieux procéder d'emblée à la tonsillotomie.

Les deux opinions ont du vrai. Si on est appelé trop tard, à un âge où il n'y a plus qu'un espoir douteux de résolution, les topiques n'ont pas de succès. Il ne s'agit plus d'une hypertrophie par fluxion catarrhale, mais d'une transformation de tissu qu'on n'arrive pas à réduire.

Si on entame le traitement de bonne heure, avant que les amygdales soient profondément modifiées et presque à titre de médication de luxe, on est à peu près sûr de réussir, à la condition d'y apporter une souveraine persévérance. Qu'on se rappelle que l'indication n'est pas de faire *dissoudre* les amygdales, mais de combattre l'affection catarrhale qui contribue essentiellement à leur ampliation. On constate en effet qu'à la suite de cautérisations légères, mais incessamment répétées, les amygdales ne prennent plus d'accroissement, que les poussées fluxionnaires deviennent plus rares et perdent de leur acuité. On acquiert ainsi la certitude d'avoir arrêté la marche progressive d'une affection que l'âge, il est vrai, tend à guérir plutôt qu'à exagérer.

Je n'attache pas une grande importance à ce fait dont les familles se préoccupent, qu'on écarte la chance d'une opération chirurgicale exempte de dangers. Mais quand, avant de se décider à l'opération, on se résigne à assister passivement à la

série des congestions catarrhales qui peuvent compromettre l'intégrité fonctionnelle des organes voisins et qu'on opère après des mois ou des années d'hésitation, il est souvent trop tard pour que le mal déjà fait soit réparable.

Les gargarismes sont d'un mauvais usage; il faut de suite recourir aux applications topiques. Je préfère de beaucoup les cautérisations légères, moins parce qu'elles sont plus promptement efficaces que parce qu'elles sont plus aisément renouvelées. Le médecin peut bien rarement pratiquer lui-même les cautérisations plusieurs fois par jour; lorsqu'il se réserve ce mode de traitement, il y revient tout au plus deux ou trois fois par semaine. Or c'est deux ou trois fois par jour qu'il convient d'intervenir. En confiant ce soin à la famille, on est maître de faire répéter l'opération à son gré, mais alors les caustiques atténués sont les seuls exempts de péril, et les seuls que par conséquent on ait le droit de confier à des mains inexpérimentées. Le remède est ici moins en question que la méthode.

L'alun calciné suffit, dans la plupart des cas, à la condition qu'on l'applique deux fois au moins chaque jour. Les insufflations ont des désagréments sans compensations, le badigeonnage avec un pinceau de charpie est incommode à cause de la nécessité d'abaisser la langue. Le vrai procédé consiste à enduire le bout du doigt indicateur d'une couche de miel, à plonger le doigt dans la poudre d'alun, à l'introduire doucement dans la bouche du malade pour porter ainsi le remède sur les parties à atteindre. Il n'est pas sans utilité, pour habituer l'aide, quel qu'il soit, de l'exercer à l'opération en lui faisant d'abord bien reconnaître les amygdales au toucher. En même temps que l'aide s'exerce, l'enfant s'habitue à ne pas opposer de résistance. Le doigt déplace doucement la langue et pénètre sans efforts jusqu'à l'isthme. J'ai déjà, à plusieurs reprises, insisté sur la nécessité du toucher comme moyen de diagnostic dans les angines, et sur la facilité avec laquelle on surmonte des obstacles plus apparents que réels.

Outre que le toucher fournit un des meilleurs modes pour transporter le remède, il rend mieux compte que la vue

incident
filles à
amygdale
modes; m
générale
teintes, et
nuait l'am
Le trait
consiste en
crois pas
organe sur
tion que le
loués de le
qu'on fatig
procéder d'
Les deux
un âge où
les topique
pertrophie
de tissu qu
Si on en
amygdales
médication
dition d'y
rappelle qu
dales, mai
essentielle
suite de ce
les amyg
poussées fl
acuité. On
progressiv
plutôt qu'
Je n'att
familles s
chirurgie
décider à

endance marquée à des fluxions glandulaires qui peuvent un our ou l'autre se terminer par une adénite suppurée.

Ces deux ordres de complications ne surviennent pas aux remières périodes du catarrhe chronique, il faut des mois et les années pour qu'elles se produisent avec quelque vivacité. n devançant l'époque de leur apparition, en commençant le raitement topique avant qu'il soit devenu indispensable ou en âtant l'excision, on prévient presque toujours ces accidents u'on n'est pas sûr de mener à parfaite guérison.

VI. CALCULS TONSILLAIRES. — J'ajouterai, comme appendice à ce chapitre, une courte note sur l'affection calculeuse es amygdales. Il m'aurait paru hors de propos de consacrer lus de quelques pages à une production pathologique qui est qu'un mode de terminaison de diverses affections guttules, et qui cependant ne pouvait être passée sous silence. J'ai rapporté un exemple de dépôts calculeux formés dans s pustules d'acné. Là il était possible, à cause de la longue rée de la maladie et de la multiplicité des pustules, de suie la transformation dans toutes ses phases depuis la consistance à peine caséeuse de la sécrétion jusqu'au développement des calculs.

Le plus souvent les calculs se produisent dans les amygles sans qu'on assiste aux premières périodes et sans qu'il it donné d'affirmer l'élément anatomique où ils ont pris issance. Presque jamais on n'en rencontre plusieurs à la is, et le volume des concrétions donnerait à croire qu'elles gglomèrent dans une de ces cryptes tonsillaires dont les mensions peuvent être relativement énormes, et dont les nctions sont inconnues.

L'affection se ressemble chez presque tous les individus par produit et par la marche des accidents. Indistincte pendant n espace de temps indéterminable, la concrétion finit par rovoquer une phlegmasie plus ou moins intense et par être xpulsée comme le serait un corps étranger. C'est cette inammation parfois vive, toujours de courte durée, qui constue la maladie apparente, la première élaboration du produit

restant habituellement ignorée parce qu'elle est indéfiniment longue et exempte de douleurs.

Quelques observations qu'on dirait calquées les unes sur les autres, tant elles sont uniformes, me dispenseront d'une description plus étendue.

Dans tous les cas, l'inflammation de l'amygdale remontait à plusieurs années, et s'il était impossible de préciser la date du début, il était raisonnable de la supposer très-éloignée. Les dimensions du calcul varient peu, la forme et la composition sont toujours les mêmes.

Un homme qui depuis son enfance était sujet à des angines se répétant chaque année et occupant l'amygdale gauche notablement hypertrophiée, est pris, en octobre 1838, d'une nouvelle phlegmasie tonsillaire plus aiguë que toutes les autres. L'amygdale enflammée devient grosse comme un œuf de pigeon ; il s'y forme un abcès qui s'ouvre à la suite d'un effort de vomissement et donne issue à un calcul muriforme de la grosseur d'une noisette. La guérison eut lieu sans laisser d'induration. (Schutz. — Casper's Wochensch. 1838.)

Un homme de 55 ans, qui avait été atteint de nombreuses amygdalites, après un accès aigu de la même affection, rend en bâillant un calcul qui tombe de sa bouche, le calcul est grisâtre, rosé par places, et semble formé de fragments juxtaposés, agglomérés, en laissant quelques vides, autour d'un noyau central ovalaire et blanc.

L'analyse donne : phosphate de chaux, 63, carbonate de chaux, 15; le reste est constitué par de la matière animale et des traces de chlorure de sodium. (Würzer. — Schmidt's Jahrb., t. XXXI.)

Un vieillard âgé de 76 ans se plaint depuis sept ans d'une douleur de l'amygdale droite, s'exagérant par accès. L'amygdale est hypertrophiée, bosselée, douloureuse au toucher. En se lavant la bouche, le malade rejette un calcul poreux, gros comme deux noisettes, sans abcès, sans hémorrhagie. La cavité occupée par le calcul reste béante et devient au bout de peu de jours le siége d'une inflammation sans autres suites. (Wiesner. — Casp. Woch. 1840.)

Une femme de quarante-trois ans, profondément scrofuleuse, est atteinte d'un mal de gorge aigu qui s'accompagne de vives douleurs d'oreilles et d'un écoulement fétide par l'oreille externe. L'amygdale hypertrophiée, congestionnée, devient le siége d'une violente phlegmasie qui débute par des frissons et qui présente les signes locaux du phlegmon péri-amygdalin : rougeur, œdème, déglutition difficile, vives souffrances, etc.

L'abcès s'ouvre pendant une quinte de toux et la malade rejette par la bouche un calcul en même temps qu'une gorgée de pus et de sang. Une amélioration immédiate eut lieu. Le lendemain on voyait distinctement la cavité occupée par le calcul. La suppuration continua peu de temps et la malade guérit à la suite d'un traitement très-simple, quoique l'oreille soit depuis lors restée douloureuse.

Le calcul pèse trois grains et demi, il est de la grosseur d'un pois, muriforme et d'un brun clair. L'analyse fit voir qu'il était composé de carbonate de chaux avec un peu d'oxalate et de matière animale. (Trans. of the path. Soc. London, 1860.)

Il serait inutile de multiplier les faits du même genre auxquels je n'ai pas à ajouter d'observation personnelle. Ces concrétions calculeuses doivent se former avec une extrême lenteur. Non-seulement on ne les rencontre que chez des individus qui ont souffert d'angines tonsillaires répétées, mais les malades qui expulsent des calculs volumineux sont tous d'un âge avancé et parvenus à une période de la vie où les amygdalites sont tout au moins une rare exception.

L'expulsion a lieu à la suite d'un abcès qui, d'ordinaire, s'ouvre spontanément et ne nécessite pas d'opération. Dans un cas rapporté par Knaus (Wurtemb. Corr. Blatt. 1840), le phlegmon prit des proportions assez considérables pour donner des inquiétudes. La malade, souffrante depuis trois jours, semblait près d'étouffer. La tumeur, située derrière l'amygdale gauche, occupait tout le pharynx. On dut se décider à l'ouvrir, bien qu'au lieu de la fluctuation habituelle on perçût au toucher une singulière résistance. La lancette fut arrêtée par un corps dur ; il sortit un peu de mucus et de sang, et quel-

ques minutes après, une violente quinte de toux provoqua l'expulsion d'une masse de mucus concrété, crayeux, muriforme, de la grosseur d'une noisette et du poids de trente-cinq grains.

Si les calculs ne sont que le dernier terme d'une transformation qui s'opère lentement, peut-on savoir par quelle série de changements le mucus a passé avant de donner naissance à un calcul? Peut-on supposer, par exemple, que les petites masses caséeuses qui s'accumulent si souvent dans les cryptes des amygdales, qui y contractent une fétidité toute particulière et sont rejetées également par un effort de toux, sont susceptibles de s'indurer? Je ne crois pas que les concrétions calculeuses aient aucun rapport avec les concrétions de consistance graisseuse. Ces dernières, superficielles, souvent visibles à l'œil avant que le malade ait notion de leur présence, paraissent n'être qu'une sécrétion altérée, indépendante de toute phlegmasie de la cavité où elle a été rassemblée, tandis que les calculs semblent s'être formés sous l'influence d'une série d'inflammations.

Le diagnostic de ces calculs, tant qu'ils sont enchatonnés dans l'amygdale, est fort douteux. On pourrait tout au plus en soupçonner l'existence lorsqu'on voit, chez un malade que son âge eût dû préserver, paraître l'hypertrophie inflammatoire d'une amygdale.

Quelque incertaines que soient les prévisions, il n'est pas inutile de se rappeler, d'une part que la lésion est possible, de l'autre qu'on la rencontre même chez les vieillards. Les angines tonsillaires sont tellement exceptionnelles après cinquante ans, que lorsqu'on les constate, la première idée qui se présente à l'esprit est celle d'une dégénérescence organique. Avant de s'arrêter à une conclusion si menaçante, il y a lieu de discuter la possibilité d'une simple affection calculeuse. Quant au traitement, il n'est et ne peut être que chirurgical.

## CATARRHE DE LA LUETTE ET DU VOILE DU PALAIS

Je serai très-bref sur cette localisation du catarrhe chronique de la gorge dont on a démesurément exagéré la fréquence et les inconvénients.

I. La luette participe à des degrés variables au catarrhe diffus; elle peut aussi être le siége d'une fluxion catarrhale, bien que les parties voisines soient peu ou pas affectées. Dans le premier cas, on n'observe aucun phénomène qui mérite une mention particulière, et c'est seulement la seconde espèce qui peut être prise ici en considération.

La luette forme au milieu du voile du palais un appendice de forme variable, bifide chez certains sujets, développé ou à l'état rudimentaire, plus ou moins épais, plus ou moins consistant et dont l'usage nous est inconnu. Les individus qui, dans leurs conditions normales, ont la luette excessivement longue, n'en ont aucune conscience parce qu'ils n'en éprouvent aucune incommodité.

On n'aurait pas attaché plus d'importance aux états morbides de la luette si les malades n'avaient fourni aux médecins une hypothèse qu'on s'est complu à reproduire après l'avoir acceptée sans plus de discussion. Un malade se plaint d'éprouver dans la gorge, par intervalles ou presque continuellement, la sensation d'un corps étranger qu'il essaye ou de déplacer ou de repousser par une secousse de toux caractéristique. Lorsque l'effort a réussi, la sensation disparaît momentanément et ne tarde pas à se reproduire; on suppose alors avec le malade que la luette, augmentée de volume, descend sur la base de la langue, qu'elle fait ainsi fonction de corps étranger et qu'en la supprimant on supprime du même coup l'incommodité qu'elle détermine.

Si l'explication est vraie, comment se fait-il que les indivi-

dus chez lesquels, en dehors de toute maladie, la luette est assez longue pour porter sur la langue, n'accusent pas la même sensation. L'élongation n'est donc pas la cause unique du malaise si même elle y contribue ; il faut admettre que non-seulement la luette doit être allongée, mais qu'elle doit être le siége d'une lésion pathologique pour occasionner la gêne qu'on lui impute. D'ailleurs l'ampliation d'un organe n'est jamais qu'un fait secondaire, qu'il est plus dangereux qu'utile d'isoler en lui prêtant artificiellement une existence propre.

La luette fait partie intégrante du voile du palais et ne se distingue ni par des attributions spéciales ni par sa structure. Il est difficile de croire qu'elle devienne le siége de lésions auxquelles le voile du palais ne participe pas au moins pour une portion. En se bornant à un examen rapide, on constate bien que la luette est modifiée dans son aspect ou dans son volume, et on ne retrouve pas, au bord libre du voile du palais, les mêmes altérations apparentes. Si au lieu de se contenter d'une observation superficielle, on examine les parties voisines, on constate que l'affection occupe un plus large espace qu'il ne semblait à première vue.

La luette en réalité n'est pas affectée isolément, mais elle représente le maximum d'intensité de la lésion, à cause de sa forme qui rend les moindres modifications accessibles à la vue. Que le voile du palais soit épaissi, œdémateux, congestionné, qu'il ait perdu en partie sa contractilité, on ne s'en rend compte qu'à la suite d'une délicate et minutieuse inspection; que la luette ait subi les mêmes changements, on l'apprécie sans tant de difficultés. Ces conditions, toutes favorables à l'examen de l'arrière-gorge tel qu'on le pratique habituellement, font comprendre pourquoi les états morbides de la luette ont absorbé l'attention. C'est se rapprocher de la vérité en s'éloignant de la tradition que de confondre dans une seule description les affections de la luette et celles du voile du palais.

II. Le voile du palais n'est visible que par sa face antérieure,

la face postérieure échappe malheureusement à l'observation directe, et il est assez probable que la membrane muqueuse qui la revêt est plus souvent affectée qu'on ne le suppose. Il peut être le siége d'une affection catarrhale chronique qui se manifeste par les symptômes suivants: à l'inspection, rougeur plus ou moins étalée, au milieu de laquelle on distingue des follicules saillants, plus ou moins confluents, toujours d'un très-petit volume, et qu'on caractériserait assez bien en les rapprochant des éruptions dites miliaires. La membrane muqueuse prend, à cause de ces mêmes saillies, un aspect qu'on ne retrouve sur aucun autre point de la gorge.

Au toucher, la surface est lisse. Les bords sont notablement épaissis comme on peut le constater en soulevant la membrane avec un petit crochet mousse et recourbé, opération facile, mais d'un rare emploi. Lorsqu'on sollicite la rétraction spasmodique du voile membraneux, elle est moins précipitée et moins complète qu'à l'état normal. Les mouvements sont souvent partiels, ils s'exécutent avec une lenteur relative et ne réussissent pas à soulever complétement le voile du palais qui reste à demi abaissé.

La luette est alors plus ou moins affectée. Toutes les fois qu'il existe une fluxion séreuse, l'œdème est beaucoup plus prononcé à la luette parce qu'elle forme le point déclive; quand la congestion a lieu sans œdème, il s'en faut que la luette soit toujours plus congestionnée. Dans certains cas, au contraire, la rougeur n'est manifeste qu'à la luette et on en trouve à peine des traces au voisinage.

La longueur de la luette varie singulièrement et n'entretient aucune relation appréciable avec le catarrhe chronique. Les luettes qui acquièrent des dimensions excessives sont le plus ordinairement œdematiées.

Les phénomènes subjectifs consistent dans la série des sensations communes à presque toutes les affections chroniques de la gorge, et dans quelques sensations particulières sur lesquelles seules il convient d'insister.

Les malades se plaignent de sentir un tiraillement, une pesanteur au niveau de l'isthme, qu'ils expriment au mieux

en la comparant à l'impression que laisserait la présence d'un corps étranger. C'est en interprétant librement cette sensation qu'on l'a rapportée à la luette. Ce malaise spécial, persistant, incommode existe cependant même chez les individus dont la luette n'a pas subi d'ampliation, comme il est facile de le constater. Il se produit surtout lorsqu'il est nécessaire de mouvoir le voile du palais pour la déglutition de la salive. Après quelques efforts de déglutition le malade imprime à la membrane une secousse qui s'accompagne d'un *hemming* tout spécial, plus sonore que celui qui caractérise la pharyngite et que vient aider une forte expiration.

C'est la répétition de ce mouvement presque convulsif qui constitue le pire désagrément et souvent le seul signe appréciable de la maladie. On voit des malades qui ne peuvent pas rester une minute en repos, au moins à certaines heures de la journée : il est peu de gens qui n'aient éprouvé accidentellement l'impression pénible qu'ils accusent.

Les mouvements les plus étendus, ceux qui coïncident avec l'ingestion des aliments ou des boissons ne provoquent aucune souffrance et ne sont même pas perçus.

Cette sensation sans analogue ne saurait être attribuée au frottement de la luette sur la langue pour plusieurs raisons : la première, c'est qu'elle existe sans élongation de l'appendice ; la seconde, c'est qu'on ne l'atténue ni ne l'augmente en déplaçant la langue par une brusque impulsion. Elle me paraît dépendre de l'abaissement du voile du palais en totalité et des efforts auxquels le malade est obligé pour le soulever à chaque essai de déglutition; la luette n'y intervient que très-secondairement.

Le catarrhe localisé au voile du palais, essentiellement chronique, exempt des douleurs assez vives qui se joignent au catarrhe diffus des mêmes parties, est sujet à des intermittences et à des exacerbations ou spontanées ou provoquées.

Tous les excitants actifs, tout ce qui détermine plutôt de congestion que de l'irritation vraie, le rappelle ou l'exagère. Les irritants, proprement dits, non-seulement n'exercent pas de fâcheuses influences, mais le suspendent au moins momen-

nément. Ainsi la lecture à haute voix, le fait de parler en public, la résidence dans une salle chauffée à l'excès ou contenant un grand nombre de personnes, l'état congestif qui suit un repas modéré, l'usage également modéré du tabac à fumer sont autant de conditions défavorables. L'ingestion de liqueurs alcooliques, les cris, les excès de table, l'abus de la fumée font cesser le hemming et la sensation qui le provoque; c'est seulement quand l'excitation a décru que l'impression reparaît, si même elle a de la tendance à se reproduire. Ce fait, très-facile à vérifier, n'est pas sans importance et par les considérations pathologiques auxquelles il fournit matière, et par les conséquences qu'il entraîne relativement au traitement.

Pathologiquement, il est curieux d'observer une affection catarrhale dont on n'est pas réduit à supposer l'existence, mais dont on constate directement le progrès, qui se limite ainsi malgré sa chronicité, qui cède également et à l'absence et à l'excès de l'irritation, qui n'est entretenue que par un certain degré de congestion et qui, au-dessus comme au-dessous de ce degré, n'a plus sa raison d'être.

Nous sommes trop habitués à considérer chaque affection catarrhale ou phlegmasique comme destinée à suivre uniformément une marche ascendante, et nous admettons trop volontiers que les périodes stables sont des arrêts provisoires. S'il est vrai que la plupart des maladies aiguës tendent à leur complet développement, les maladies chroniques, et surtout celles des membranes muqueuses, ont des étapes qu'elles ne dépassent pas. Les catarrhes chroniques d'emblée, entraînant, dès les premiers jours, des lésions qui ne s'accroissent plus que dans une mesure très-réduite malgré leur durée, ne sont rien moins que des exceptions parmi les angines catarrhales. Il est certain qu'il existe pareillement des catarrhes bronchiques et surtout intestinaux qui peuvent se prolonger indéfiniment sans que les tissus altérés soient plus profondément compromis. Mieux on réussira à discerner ces espèces stationnaires, plus on aura de sécurité en employant des modificateurs énergiques, parce

qu'on ne craindra pas de favoriser ou un excès d'inflammation ou une dégénérescence qui ne rentre pas dans le programme de la maladie.

III. Thérapeutiquement, les indications sont évidentes. Il convient ou de diminuer l'état congestif ou de le transformer en l'exagérant. La première méthode consiste dans l'usage des gargarismes délayants, l'abstention des stimulants de tout ordre, locaux ou généraux; elle est d'une lente efficacité et d'une difficile application, les malades s'abstenant plus commodément des irritants extrêmes que des excitants moyens. En suivant la seconde méthode, on emploie au contraire les médicaments qu'on a désignés sous le nom de substitutifs et qui déterminent une phlegmasie passagère que le médecin dirige à son gré.

J'avais été très-frappé des succès obtenus, dans certains cas d'angines incomplétement définies, à l'aide de l'alcool et des teintures alcooliques irritantes, et des insuccès non moins nombreux qui venaient contredire les espérances à fonder sur ces remèdes. Une étude plus attentive du catarrhe chronique localisé au voile du palais permet, je le crois, de mieux spécifier les indications qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

La teinture de poivre long (*capsicum annuum*), si vantée par quelques médecins étrangers, et qui peut être prise pour type des agents topiques irritants ne donne en réalité des résultats favorables que quand la mobilité du voile du palais est entravée par une congestion catarrhale de la membrane muqueuse. Que cette congestion, que cette fluxion ait lieu isolément ou concurremment avec un catarrhe diffus de la gorge, plus elle a acquis d'importance dans la subordination des lésions et des symptômes, plus le remède est efficace.

Les tablettes imprégnées de teinture de menthe, qui opèrent suivant les mêmes données thérapeutiques, procurent un soulagement rapide pendant les crises et sont d'un facile emploi.

On s'explique par la même action que les fumeurs affectés de catarrhe chronique du voile du palais voient cesser l'in-

commodité qu'ils éprouvent quand, après avoir fumé jusqu'à l'excès un tabac de quelque âcreté, ils arrivent à la sécheresse douloureuse de l'arrière-gorge.

Si l'élongation de la luette n'est qu'une conséquence ou même un accessoire, l'excision ne donnera pas les merveilleux résultats qu'on lui attribue. En fait, il est démontré qu'exciser la luette n'est pas toujours, il s'en faut de beaucoup, guérir radicalement la maladie. Je ne conteste pas que, dans certains cas, l'émission sanguine que procure l'opération ne soit avantageuse; mais j'ai vu presque toujours le catarrhe persister à la suite de l'excision ou reparaître peu de temps après sans avoir été sensiblement modifié.

Bien que j'attache une valeur très-réduite à ce mode de guérison chirurgicale, d'ailleurs fort inoffensif, il est bien entendu qu'on doit excepter les cas où la luette, à la suite du catarrhe ou de toute autre affection, est devenue le siége d'une lésion souvent mal déterminée, et ceux où elle a pris des proportions démesurées. Il existe dans la science des observations signées par des maîtres, dans lesquelles la luette effilée, indéfiniment allongée, serait venue, au moindre effort de toux, s'insinuer jusqu'entre les dents! Ai-je besoin d'ajouter qu'en pareille occurrence l'extirpation serait la seule ressource raisonnable?

De là à conclure, avec Lisfranc, avec Chapman et avec quelques autres chirurgiens, qu'on guérirait bon nombre de phthisies au début en coupant la luette, il y a une distance que je ne me sens pas d'humeur à franchir.

Plus on prendra soin d'examiner attentivement et sans plus attendre la gorge de ceux qui se plaignent d'une souffrance gutturale quelconque, moins on aura d'occasions de constater des lésions énormes dont nous ne savons, à ces périodes extrêmes, ni le mode d'évolution, ni la nature vraie.

## TUMEURS ET AFFECTIONS CANCÉREUSES DE LA GORGE

Warren, dans ses Observations chirurgicales sur les tumeurs, dit que le squirrhe des amygdales n'est pas très-rare. Si on estime la fréquence d'une maladie par le nombre des faits recueillis dans la science, il en est peu d'aussi exceptionnelles que le cancer de l'arrière-gorge. J'ai, à plusieurs reprises et à l'occasion des quelques cas dont j'étais témoin, exploré toute la littérature médicale française et étrangère, sans réussir à trouver une seule description, et les observations en petit nombre sont d'un tel laconisme qu'elles ne fournissent pas de matériaux à exploiter.

Au lieu d'un chapitre sur les tumeurs cancéreuses de l'isthme, je suis obligé de me borner à de simples indications dont j'ai hâte de reconnaître ici toute l'insuffisance. Il m'a semblé néanmoins que, dans un livre consacré à l'histoire des angines, je n'avais pas le droit d'omettre une affection peu commune, mais implacable. C'est, faute de mieux, rendre une façon de service à la science que de signaler une lacune aussi profonde.

On comprend avec quelles réserves j'appelle l'attention sur des lésions incomplétement observées, dont le diagnostic prête à plus d'un doute. L'histoire des tumeurs est trop avancée aujourd'hui pour qu'on puisse se contenter des notions qui reposent sur le seul aspect des parties. En désignant par le nom de cancéreuses, les affections dont je vais essayer de retracer les principaux traits, je reste dans le vague de la définition clinique et j'entends parler de tumeurs ayant pour caractère essentiel de proliférer sur place, de compromettre par un mode spécial d'infection les ganglions du voisinage, de résister à tous les moyens locaux ou généraux de traitement en dehors de l'extirpation, de s'ulcérer sans perte appa-

rente de substance et enfin de donner lieu à une cachexie déterminée.

Ainsi compris au sens tout au plus générique et sans distinction des espèces, le cancer peut occuper l'arrière-gorge dans quatre conditions différentes. Ou il prend naissance dans les tissus du cou, et de là gagne le pharynx de dehors en dedans; ou il se développe d'abord dans les os de la mâchoire, sur la voûte palatine, et s'étend vers l'isthme qu'il envahit plus ou moins; ou de la portion inférieure du pharynx il remonte vers le segment supérieur, qu'il ait eu d'abord son siége au larynx, sur l'épiglotte ou à l'œsophage; ou enfin il prend son origine dans quelqu'un des tissus de l'isthme : amygdales, piliers, voile du palais.

Cette dernière classe de cancers est la seule qui doive être ici l'objet d'une étude.

S'il est permis, avec le nombre si réduit de documents dont nous disposons, de tenter une subordination au point de vue de la fréquence, le cancer de la portion du pharynx qui confine au larynx et à l'œsophage serait le moins rare. Dans une région qui intéresse à la fois la digestion et surtout la respiration, la tumeur détermine de graves accidents mécaniques. La suffocation, dès qu'elle a commencé, prend des proportions rapidement menaçantes et la lésion est devenue mortelle avant d'avoir eu, pour ainsi dire, le temps de s'étendre.

Il n'en est plus ainsi du cancer des os de la mâchoire ou de la voûte palatine. Ce dernier dont il existe des observations ou plutôt des mentions insignifiantes, lent dans sa marche, d'un examen facile, avertissant le malade par des sensations assez incommodes pour qu'il recoure de bonne heure aux conseils d'un médecin, se propagerait d'avant en arrière au voile du palais. Dans aucun cas, la lésion gutturale ne serait assez intense pour devenir une cause prédominante d'inquiétudes et elle figurerait seulement à titre de complication, ou, si on aime mieux, d'aggravation.

Il importe, en essayant de suivre ce *processus*, de bien se représenter le mode de développement des néoplasmes qui

affectent une membrane muqueuse. Dans ces tissus richement vascularisés, pourvus d'appareils sécréteurs multiples, il se forme autour de la tumeur une auréole inflammatoire ou tout au moins il se produit, autour du foyer principal, une congestion active plus ou moins étendue. Sur la voûte du palais, la membrane muqueuse rigide, solidement attachée au plan osseux, oppose une résistance ; mais à mesure que la fluxion envahit les parties molles, elle s'accuse par des signes plus manifestes. Entre une contusion du front au niveau du cuir chevelu et une contusion d'égale violence au voisinage du sourcil, la différence d'aspect est énorme; les suites ne varient pas moins et leur gravité est en rapport avec la laxité du tissu.

Le voile du palais offre, par sa structure, des conditions particulièrement favorables. Il devient le siége d'une congestion caractérisée à la fois par une rougeur livide, par de l'œdème, par de la tension douloureuse des parties, bien avant d'être atteint par les produits cancéreux.

Une ulcération syphilitique de la voûte palatine entraîne les mêmes conséquences, mais à un moindre degré, parce qu'à l'inverse du cancer la lésion est, si on me passe ce terme, plus destructive que productive.

Ainsi affecté secondairement, le voile du palais peut subir encore des altérations analogues à celles qu'on observe toutes les fois qu'une fluxion aiguë et durable y est entretenue par une cause quelle qu'elle soit. Ne voit-on pas au voisinage des ulcérations cancéreuses de la peau survenir de l'érythème avec démangeaison et des éruptions pustuleuses se terminant par de petites ulcérations, en dehors de la sphère proprement dite du cancer ?

Par là s'explique, autant que j'ai été à même d'en juger, la propagation plus apparente que réelle du cancer de la face au voile du palais, et son peu de gravité relative. Nous ne manquons pas d'occasions d'observer les dégénérescences cancéreuses d'autres membranes muqueuses : sur la conjonctive, sur les paupières, sur la langue, aux grandes ou aux petites lèvres chez la femme ; mais dans aucun cas la disposition

ties n'est celle de l'arrière-gorge et la membrane muqueuse se continue sans variation notable de structure. Si j'ai insisté sur ces particularités à propos d'une affection qu'il n'entre pas dans mon plan de décrire, c'est que ces données trouveront plus loin leur application. En réalité, le cancer des membranes muqueuses accessibles à la vue est une rareté comparativement aux cancers des membranes muqueuses qui échappent à notre inspection directe, comme celles de l'estomac, de l'œsophage, des intestins, ou dont l'examen n'est possible qu'à intervalles éloignés, comme la muqueuse utéro-vaginale de la femme. Il serait à désirer qu'on profitât des facilités exceptionnelles que l'arrière-gorge offre à la recherche, pour éclairer l'histoire encore si imparfaite du cancer des membranes muqueuses.

I. Le cancer qui prend son origine dans un point quelconque de l'isthme est, malgré l'opinion de Warren, assez rare pour que je n'en aie rencontré que quatre cas, tous appartenant à la pratique hospitalière. Si défectueuses que soient mes observations, elles ne sont pas au-dessous de celles qu'on trouvera relatées dans les ouvrages où, par exception, il est fait mention de la maladie.

Le cancer, et c'est déjà une donnée importante à constater, s'est toujours développé primitivement à l'arrière-gorge, aussi bien dans les cas auxquels j'assistais que dans ceux des autres observateurs. Non-seulement le cancer avait là son point de départ, mais je ne connais pas un fait où il se soit généralisé et, même sans se généraliser, où il ait envahi les organes éloignés. Essentiellement topique, il ne s'est jamais étendu au delà des ganglions les plus proches.

Non-seulement l'affection cancéreuse débute dans l'arrière-gorge, mais elle a d'abord pour siége exclusif l'amygdale; je ne connais aucune observation authentique de cancer proprement dit ayant eu son point de départ sur le voile du palais, bien que de nombreuses tumeurs adénoïdes ou autres se développent sur cette membrane.

L'observation suivante donnera une idée du *processus* de la maladie.

Le 11 septembre 1867 entre dans mon service, hôpital Necker, salle Saint-André, n° 8, un homme de quarante-sept ans, souffleur de verre, d'une constitution robuste. On a déjà noté chez les verriers des lésions diverses de l'orifice buccal, des ulcérations syphilitiques surtout, qu'on attribuait avec raison à un mode d'inoculation particulier à cette profession. Mais aucune cause de ce genre ne pouvait être invoquée, le tube à souffler le verre n'étant pas en contact possible avec les parties atteintes.

Cet homme fait remonter le début de l'affection à plus de six mois. Il aurait été d'abord incommodé par une sécrétion exagérée de la salive, et par ce qu'il appelle un goût *sûret* dans la bouche. Plus tard une gêne dans les mouvements de la base de la langue serait survenue, sans difficulté dans la déglutition et sans douleur prononcée de l'arrière-gorge.

Cependant le malade se décida à consulter un médecin qui prescrivit un gargarisme émollient après un examen très-superficiel. Le lendemain du jour où il avait mis en usage cette prescription, le malade est pris d'une hémorrhagie abondante pendant laquelle il rend, sans effort, un plein verre de sang. A la suite de cette évacuation, il éprouve un notable soulagement qui se prolonge pendant près de trois semaines.

Peu à peu la gêne, la sensation d'une boule ou d'un corps étranger dans la gorge augmentent, sans s'accompagner davantage d'une douleur vraie. Une seconde hémorrhagie moins abondante a lieu ; puis, à des intervalles de plus en plus rapprochés, une troisième et une quatrième. Cette dernière perte de sang qui s'est produite le 3 septembre, loin d'amener du calme, marque le début des premières souffrances. Le malade inquiet examine lui-même sa gorge, s'aperçoit d'un gonflement considérable et demande à entrer à l'hôpital.

A l'inspection, je constate une hypertrophie de l'amygdale droite qui, par comparaison avec celle du côté gauche, a triplé de volume. L'amygdale est profondément excavée par une

ulcération qui s'étend, entre les deux piliers, violets, œdématiés, mais exempts de toute lésion caractéristique, jusqu'à la base de la langue. La surface ulcérée est recouverte d'une fausse membrane grisâtre, sous laquelle on aperçoit de petits épanchements sanguins. Le doigt introduit dans la bouche perçoit, aux points envahis, une rigidité cartilagineuse sans analogue dans les autres affections des amygdales. La bouche exhale une odeur d'une fétidité particulière, aigre et qui fait comprendre la sensation d'acidité accusée depuis longtemps par le malade.

A l'angle de la mâchoire il existe un ganglion unique, volumineux, à peu près indolent.

En dehors des phénomènes locaux, le malade, pâle, anémique par le fait des hémorrhagies, ne se plaint d'aucun trouble général de la santé. Il a conservé, dit-il, son embonpoint, n'éprouve pas de répugnance pour les aliments et accomplit régulièrement ses fonctions digestives.

Le diagnostic ne pouvait laisser de doutes. Il ne s'agissait évidemment pas d'une lésion syphilitique, la seule qui pût être mise en question. Le premier traitement consista dans des injections avec une solution peu active de chlorate de potasse.

A la fin du mois de septembre, sous l'influence de la médication détersive qui a été persévéramment continuée par le malade, les parties ont changé d'aspect. La fausse membrane a disparu graduellement et n'a plus eu de tendance à se renouveler. L'ulcération est rosée et ressemblerait, à première vue, à une plaie en voie de réparation, si au lieu de se référer aux affections des membranes muqueuses, on la comparait aux plaies cutanées. Le toucher donne toujours la même sensation de résistance squirrheuse. Çà et là on aperçoit des points fongueux, bourgeonnants, surtout au bord de la cavité ulcéreuse qui semble moins profonde.

Un mois plus tard, le malade déclare qu'il a repris ses forces, la physionomie est meilleure, mais la tuméfaction s'est notablement augmentée. Douleurs lancinantes très-aiguës dans l'oreille droite, ganglion plus volumineux et plus douloureux

au toucher, difficulté croissante de la déglutition. La rougeur qui s'était d'abord limitée aux piliers a gagné la presque totalité du voile du palais qui est devenu roide, peu mobile. A la vue, on dirait que le voile du palais est œdématié et ramolli; au toucher on constate au contraire qu'il est induré. Sous l'influence d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, les douleurs d'oreille s'atténuent et sont bientôt supportables.

Fallait-il substituer à l'expectation pratiquée jusque-là un traitement plus énergique? Si peu confiant que je fusse dans l'emploi des caustiques, il me parut presque de devoir de tenter l'expérience. Quelques cautérisations pratiquées avec le chlorure de zinc en solution saturée, à l'aide d'un pinceau, réveillèrent les douleurs et donnèrent lieu à une nouvelle hémorrhagie d'ailleurs insignifiante. Aux cautérisations actives, je substituai l'usage de gargarismes astringents au sulfate de zinc, à la dose de 50 centigrammes par 100 grammes d'eau miellée. On insista sur les injections d'eau portées dans l'arrière-gorge à l'aide d'un appareil à forte projection. Chaque douche soulageait le malade pour quelques heures sans produire d'effet plus durable.

L'amygdale augmentait de volume, elle était toujours dure par places, excavée, fongueuse en quelques points; on voyait se développer des saillies blanchâtres, plus résistantes au doigt et formant comme autant de *nodus* d'aspect cartilagineux. La fétidité de l'haleine avait cédé en partie; mais il suffisait qu'on interrompît un seul jour les lotions, pour qu'elle reparût aussi pénétrante au moins qu'aux premiers jours.

La déglutition était devenue de plus en plus douloureuse. Au commencement de novembre, le malade ne se nourrissait plus que de lait et de bouillons, il avait pâli et maigri, tout en conservant un appétit qu'il se plaignait de ne pouvoir satisfaire.

Vers le 15 novembre, une névralgie faciale droite se déclare subitement et provoque une souffrance incessante, diffuse, sans points douloureux prédominants. Le sommeil est impos-

sible, le malade est agité, anxieux et demande à tout prix une opération qui le délivre. Une consultation avec mes collègues, chirurgiens de l'hôpital, conclut au refus de toute intervention chirurgicale. Les injections sous-cutanées sont reprises sans effet utile, l'opium est inutilement administré à l'intérieur à hautes doses.

Cependant l'état local s'aggrave. Le gonflement ganglionnaire est énorme et entrave les mouvements de la mâchoire. Le malade ne peut plus ni se gargariser ni employer les injections gutturales. L'haleine est d'une odeur repoussante. En ouvrant la bouche avec effort, on voit que le mal a gagné le côté droit. L'amygdale gauche est augmentée notablement, rouge, livide, douloureuse au toucher comme le voile du palais, sur lequel on constate difficilement quelques points ulcérés. L'amygdale droite paraît sanieuse, blanchâtre par places, verdâtre dans d'autres points, les piliers sont épaissis et indurés. La langue ne participe pas à la lésion, la muqueuse de la joue et de la voûte palatine reste absolument indemne, sans changement de coloration ; ptyalisme rappelant la salivation mercurielle et dû à l'occlusion persistante de la bouche.

Le 24 novembre, la névralgie cesse subitement, à la suite de l'application d'un vésicatoire morphiné dont l'action est d'autant plus douteuse que les injections hypodermiques continuées sont restées inefficaces; depuis lors, les douleurs n'ont pas reparu.

La mâchoire est plus mobile. Des injections d'eau additionnée d'acide phénique en proportion variable, suivant la tolérance et au gré du malade, suppriment à peu près la fétidité de l'haleine. La gorge ne lui cause plus de douleurs, mais il ne peut avaler que du potage.

Encouragé par ce mieux relatif, le malade veut quitter l'hôpital pour rentrer dans sa famille.

L'amygdale droite est encore couverte de végétations fongueuses qui forment comme une sorte de champignon et débordent en avant de la cavité ulcéreuse qu'elles remplissent.

Quinze jours après sa sortie, cet homme est rentré dans un service de chirurgie, où je n'ai pu suivre l'évolution de la

maladie, j'ai su qu'il avait succombé au bout de deux mois, dans le dernier degré du marasme, autant par suite d'une inanition devenue presque absolue que par la cachexie cancéreuse. Il n'existait de cancer dans aucun autre organe.

L'autre malade, dont la longue histoire n'offrirait qu'un moindre intérêt, était un ouvrier ébéniste âgé de soixante-cinq ans et qui, n'ayant pas voulu entrer dans les salles, est venu chaque semaine, pendant huit mois, à la consultation externe de l'hôpital. J'ai appris par la famille, sans autres détails, qu'il avait succombé presque subitement pendant la nuit et avec des symptômes de suffocation.

Le malade n'avait jamais eu ni hémorrhagies ni douleurs vives. L'amygdale gauche avait été d'abord affectée; peu à peu le voile du palais et l'amygdale droite avaient été envahis, mais secondairement et sans avoir jamais présenté l'aspect d'une lésion cancéreuse analogue à celle qui siégeait du côté gauche. Le développement des ganglions n'était pas énorme: la salivation, très-pénible au début, avait été remplacée par une sensation de sécheresse et par une sécheresse réelle de toute l'arrière-gorge. Le malade était, dès sa première visite, dans un état d'extrême maigreur. Il n'éprouvait ni soif, ni faim et semblait s'être condamné à une inanition demi-volontaire, plutôt par dégoût pour les aliments qu'à cause d'une difficulté invincible de la déglutition.

L'amygdale gauche, et plus tard les deux piliers du même côté donnaient au doigt la sensation d'une résistance squirrheuse, l'amygdale présentait d'abord trois excavations qui finirent par se rejoindre et dont les bords frangés, inégaux, indurés rappelaient grossièrement, au contact, les dents d'une scie. Je n'avais, pendant toute la durée de mon observation, constaté ni trouble, ni gêne des fonctions respiratoires; la voix avait graduellement changé de timbre, mais seulement à mesure que la mâchoire inférieure moins mobile avait permis une moindre ouverture de la bouche.

Je n'ai pas assisté aux diverses phases de l'observation sui-

vante, et j'ai seulement eu à constater l'état des organes longtemps après l'invasion de la maladie.

La malade, âgée de quarante-sept ans, sage-femme, habitant une ville de province, n'avait jamais souffert de la gorge.

Une seule fois, il y a quinze ans, elle eut un phlegmon tonsillaire qui guérit, comme d'habitude, sans laisser de traces.

Le premier malaise guttural date de cinq années. Il consistait d'abord dans une sensation de chaleur et surtout de sécheresse, se suspendant pendant la nuit, s'exagérant pendant le jour, sous l'influence de tout exercice vocal et à la suite des repas. La malade n'éprouvait d'ailleurs aucune gêne de la déglutition et n'avait pas eu de raison pour motiver un changement quelconque de sa nourriture.

Dans le courant de la première année, il survint des douleurs réputées névralgiques occupant presque exclusivement tout le côté droit du cou et de la nuque, plutôt continues qu'intermittentes, qui se prolongèrent pendant huit mois et finirent par disparaître graduellement. Il n'existait pas de douleurs gutturales vives, pas d'élancements, si ce n'est au niveau des amygdales qui ont été et sont encore douloureuses à la pression pratiquée de dehors en dedans.

Les choses restèrent pendant trois ans environ dans le même état. Diverses médications et, en particulier, le traitement antisyphilitique suivi avec persévérance, n'avaient pas donné de résultats utiles.

Il y a deux ans, sans cause connue, les accidents locaux redoublèrent presque subitement d'intensité. La déglutition depuis lors devint de plus en plus difficile. L'alimentation fut réduite en quantité, et les aliments demi-liquides pouvaient seuls être ingérés. Les douleurs n'avaient pas plus d'acuité; mais la chaleur et la sécheresse augmentaient à l'occasion du moindre exercice de la parole, sans troubler davantage le sommeil.

La malade, inquiète, prit l'habitude d'examiner elle-même l'état de la gorge. Elle constata, dit-elle, l'existence d'ulcéra-

tions sur la luette, sur le voile du palais, mais ne put, dans son inexpérience, se rendre compte des autres modifications qui avaient eu lieu. Soumise à l'examen répété de plusieurs médecins, elle fut considérée comme atteinte d'angine syphilitique et astreinte à un traitement méthodique par l'iodure de potassium à doses croissantes, pendant près de six mois. La médication ne produisit absolument aucune amélioration. On eut recours alors à des cautérisations multiples avec le crayon de nitrate d'argent qui exagérèrent notablement les accidents.

Il ne s'était pas développé de glandes autour du cou, et il n'en existe pas encore aujourd'hui. A aucune période, malgré l'enquête la plus attentive, à laquelle la malade s'associait d'autant plus volontiers qu'elle eût souhaité une affection dont elle connaissait la curabilité, on ne découvrit nulle part de traces de syphilis.

Les symptômes actuels sont ceux dont cette femme se plaignait depuis plusieurs mois et qui n'ont varié ni d'intensité, ni de nature. Pas d'élancements, plus de gêne que de douleur ; souffrance assez vive à chaque effort de déglutition de la salive ou des aliments. Les aliments liquides sont seuls tolérés; même après les efforts de mastication, les substances solides ne peuvent pas forcer le passage. Si la malade ne y rend pas, en buvant, des précautions qui lui sont devenues familières, les liquides reviennent par le nez. Les boissons irritantes, celles qui présentent des températures extrêmes, donnent une sensation de brûlure.

La santé générale ne semble pas avoir été affectée, le teint est pâle sans aspect chlorotique, les forces sont à peine amoindries malgré la défectuosité de la nourriture. Ni insomnie, ni troubles fonctionnels d'aucun genre. La langue est blanchâtre, la bouche humide ; ni soif, ni accès fébriles, ni douleurs dans aucune partie du corps.

A l'examen local, on constate des lésions qui, saisissantes première vue, sont, à cause même de leurs proportions extrêmes, difficiles à exposer. Les amygdales, peu saillantes en dedans, saillantes sous la peau, sont dures, cartilagineuses,

résistantes au toucher; les piliers antérieurs, droit et gauche, à peu près également hypertrophiés, forment, en avant des amygdales, comme des cordons épais, inégaux, érodés par places, d'un rose assez vif. Les piliers postérieurs, au contraire, minces, tendus, partent du centre du voile du palais comme deux rideaux ouverts à la base. Leur surface est rosée, inégale, ulcérée en divers points.

Le voile du palais déformé semble se continuer avec la paroi postérieure du pharynx. Au milieu, la luette bifide est renversée de bas en haut, soudée au voile où elle apparaît comme une sorte de végétation. Tout autour, la membrane est bosselée, rugueuse, ulcérée. La rougeur intense s'arrête juste au niveau de la voûte palatine. Le voile du palais rigide n'effectue aucun mouvement quand on le sollicite; il est peu sensible au contact, sauf en quelques points disséminés. On réussit à le soulever à l'aide d'une érigne, mais il est tellement appliqué sur le pharynx qu'on obtient, avec peine, un écartement suffisant pour laisser passer une sonde de femme.

Mon opinion fut qu'il fallait éliminer l'angine syphilitique. La malade prétendait avoir donné des soins à une femme atteinte d'une affection vénérienne; mais, après plus ample information, il y eut lieu de conclure que l'accouchée ne présentait aucun des attributs de la syphilis. Il n'y avait pas eu d'ailleurs de traces d'inoculation, et on sait combien sont caractéristiques les ulcérations des mains. Il ne restait presque de supposable qu'un épithélioma de l'arrière-gorge, et c'est le diagnostic auquel je me suis arrêté sans avoir eu, depuis, les moyens d'en contrôler l'exactitude.

La quatrième observation est celle d'une jeune femme. Ici le diagnostic est très-douteux, et si je rapporte le fait avec quelques développements, ce n'est pas pour donner un exemplaire de lésion cancéreuse de l'amygdale, mais pour montrer combien le diagnostic des tumeurs tonsillaires peut offrir de difficultés.

Une jeune femme (21 ans) entre, le 24 avril, à la salle Sainte-Thérèse, n° 14. Elle avait été toute sa vie bien portante,

lorsque, il y a trois ans, les règles s'arrêtèrent brusquement pour revenir au bout de quatre mois. Il y a quinze mois, nouvelle cessation des règles qui depuis lors n'ont pas reparu.

A partir de cette époque se déclara une sorte d'état anémique caractérisé par la pâleur, l'amaigrissement, de violentes céphalalgies, des crampes d'estomac et des flueurs blanches abondantes.

Il y a six mois, eczéma du cuir chevelu guéri aujourd'hui; vers le milieu de mars, la malade se plaint que les aliments reviennent par le nez, pendant les efforts de déglutition. Cette incommodité qui ne persiste pas au delà de peu de jours s'accompagne d'une sensation de picotement à laquelle succèdent des douleurs assez vives pour que toute alimentation solide soit interdite, et que la malade se résigne à se nourrir exclusivement de bouillons et de potages.

Le mal de gorge fait de tels progrès que cette femme se décide à entrer à l'hôpital. La douleur bien localisée ne se propage pas aux parties voisines; l'amygdale gauche est saillante au cou, mais on ne constate nulle part d'engorgement ganglionnaire. Il survient surtout, pendant la nuit, des quintes de toux. La recherche la plus attentive ne donne à constater aucune trace, quelle qu'elle soit, d'une affection syphilitique. La respiration est libre et les poumons sont parfaitement sains. pas de fièvre, pas d'anorexie, pas d'autres troubles généraux de la santé que la suppression des règles et l'anémie plus apparente que réelle.

A l'examen de la gorge, on constate que le pilier antérieur gauche est plus saillant, l'amygdale du même côté est plus volumineuse et présente au centre une ulcération à bords déchiquetés, de couleur cuivreuse, enduite d'un mucus épais. coagulé, qui recouvre également une partie du pharynx. L'amygdale droite est saine. Le voile du palais est rougeâtre sans œdème, insensible au contact et même à la pression vive des mors d'une pince. Le pharynx est mobile et a conservé sa sensibilité normale. Malgré la perméabilité complète des fosses nasales, la voix est un peu nasonnée et elle a gardé ce timbre depuis la courte paralysie du voile du palais.

Le toucher de l'amygdale donne la sensation d'un corps dur, cartilagineux ; les bords saillants, granuleux de l'excavation ulcéreuse sont manifestement indurés. La pression du doigt est douloureuse, mais ne provoque pas de nausées.

13 mai. Quelques points du pharynx semblent s'être ulcérés ; mais un examen plus attentif, aidé par des injections, fait voir que la membrane muqueuse desséchée, inégale, est seulement couverte de mucus. La toux a cessé. Le pilier gauche est livide et s'œdématie. L'ulcération garde le même aspect. Pas de fétidité de l'haleine, moins de douleurs.

5 juin. L'ulcération de l'amygdale gauche s'est étendue aux piliers antérieurs et postérieurs. Le voile du palais est rouge, épaissi. A droite, le pilier postérieur est rougeâtre, épais, dur au toucher. Les ganglions restent indemnes.

15 juin. Le voile du palais est d'un rouge de plus en plus foncé, l'œdème a envahi la luette. Les piliers gauches, et à un moindre degré les piliers du côté droit, sont le siége d'une induration cartilagineuse qui se prolonge sur tout le voile du palais, à l'exception de la luette qui conserve sa souplesse et sa mollesse normales.

L'ulcération tonsillaire s'est étendue, le pilier postérieur est en partie rongé et détruit ; elle se termine brusquement au niveau du pharynx. Le fond de l'excavation d'un gris sale semble plus profond, autant qu'on en peut juger à la vue et au contact.

L'amygdale fait saillie au-dessous de l'angle de la mâchoire. Pas d'hypertrophie des ganglions voisins.

La douleur, en avalant, a quelque peu diminué. La pression est également moins douloureuse.

La malade, malgré mon conseil, a quitté brusquement l'hôpital et je n'ai pas eu occasion de la revoir. Le diagnostic reste donc encore indécis.

Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur ce cas particulier, je n'incline pas moins à croire qu'il existe une forme de cancer épithélial de l'arrière-gorge non encore décrite, confondue le plus souvent avec l'angine syphilitique rebelle, ca-

ractérisée par les altérations profondes que j'ai signalées précédemment, n'entraînant pas d'engorgement ganglionnaire et n'ayant pas la gravité du cancer proprement dit. Il me paraît probable qu'une fois l'attention éveillée sur ce point, les observations se multiplieront, et c'est pourquoi je suis entré dans les détails qui précèdent.

II. Les observations d'angine cancéreuse recueillies par les auteurs sont d'une telle insuffisance qu'il serait sans avantage de les reproduire. Si je les mentionne ici, c'est pour éviter aux médecins qui voudraient traiter la question, d'inutiles recherches.

Warren, dans ses Observations chirurgicales sur les tumeurs (1850), cite plus que sommairement trois cas où l'extirpation de squirrhes plus que douteux du pharynx a réussi. Il admet, comme je l'ai dit en commençant, que les squirrhes des amygdales ne sont pas très-rares, qu'ils se développent lentement, sans douleurs et qu'ils ne s'ulcèrent presque jamais. Évidemment, sa description a trait à une autre classe de lésions que le cancer et répond à des tumeurs sur lesquelles j'aurai à revenir très-brièvement en traitant du diagnostic différentiel.

On trouvera dans les Transactions de la Société pathologique de Londres et dans le Bulletin de la Société anatomique, un petit nombre de cas plutôt énoncés que décrits.

Le Dr Marsden a rapporté, dans le journal *the Lancet* (octobre 1859), un fait de cancer de l'amygdale gauche. Le malade ne s'était aperçu que de l'hypertrophie ganglionnaire et ne soupçonnait même pas l'existence d'une tumeur de l'arrière-gorge, tant il en était peu incommodé.

L'amygdale gauche semblait détruite par une ulcération formant une large cavité limitée par le voile du palais et par les piliers du côté gauche ulcérés à leurs bords. La luette était restée exempte de toute altération.

Le malade dont l'observation se réduit d'ailleurs aux quelques données que je viens de reproduire, avait une sœur atteinte de cancer du sein.

Le Dr Shaw mentionne, dans les Transactions de la Société

pathologique de Londres pour 1852, le fait d'une femme âgée de cinquante-trois ans, portant, depuis un an, une tumeur non définie qui s'étendait du voile du palais à la base de la langue et descendait vers l'épiglotte : les ganglions cervicaux étaient hypertrophiés et même ulcérés. De pareils récits que j'abrége à peine ne méritent pas qu'on y insiste.

Le professeur Lebert a consacré un chapitre de son traité des maladies cancéreuses (1851) au cancer de l'arrière-gorge. Il admet deux formes, l'une diffuse à limites peu nettes, d'aspect polypeux et qui paraît assez contestable ; l'autre qu'il appelle le cancer enkysté et dont il a vu deux exemples qu'il ne relate pas même en abrégé, serait plutôt encéphaloïde que squirrheuse.

Tout en supposant que le cancer des amygdales est tantôt primitif et tantôt secondaire, le savant auteur ne paraît pas avoir observé d'angine cancéreuse secondaire. La seule autopsie dont il fasse mention est celle d'une femme très-âgée qui succomba après quelques mois de maladie non décrite, et chez laquelle on ne put découvrir, en dehors de l'amygdale, aucune trace d'affection cancéreuse.

J'ai été, dans le cours de ce traité, si sobre d'érudition que je ne veux pas multiplier ici des citations de peu d'intérêt, en énumérant les quelques cas indiqués plutôt que racontés par Lobstein, Walsh et d'autres chirurgiens.

III. Le cancer de l'arrière-gorge est, en réalité, trop mal connu pour qu'on s'étonne des difficultés que doit rencontrer le diagnostic différentiel. En indiquant les causes d'erreur, on limitera, pour ainsi dire, de dehors en dedans le champ de la maladie et on contribuera à en resserrer la définition.

On peut attribuer au cancer les lésions syphilitiques de la gorge; mais il est plus probable que la confusion aurait lieu en sens inverse, tant les médecins se sont habitués à rapporter à la syphilis la plupart des angines ulcéreuses. J'ai tâché, en traitant de la syphilis gutturale, de donner une caractéristique des affections tertiaires qui aboutissent à des ulcérations ; y revenir serait faire un double emploi.

On a pensé qu'un signe pathognomonique pourrait suffire à résoudre l'indécision, et ce signe, on l'a emprunté moins à l'observation des parties malades qu'à l'état des ganglions. Les angines syphilitiques ulcéreuses entraînent comme conséquence habituelle une hypertrophie ganglionnaire analogue, sauf le siége, à celles que déterminent les éruptions cutanées. Les ganglions sont saillants, indurés, relativement peu volumineux, muriformes, autant qu'on en peut juger sous la peau. Le tissu cellulaire ambiant ne participe pas à la lésion; ainsi s'explique la délimitation si nette, si sèche des ganglions affectés qui, lorsqu'ils sont agminés, forment, comme on dit, une pléiade et non pas une masse solidaire.

Il en est tout autrement de l'affection ganglionnaire qui accompagne le cancer de l'amygdale. Les ganglions épaissis augmentant graduellement de volume, sont entourés d'un tissu cellulaire rénitent, au milieu duquel il est presque difficile de les discerner. Leurs dimensions apparentes et réelles excèdent de beaucoup les proportions extrêmes des engorgements ganglionnaires syphilitiques. Dans l'observation que j'ai rapportée, la masse des ganglions de l'angle de la mâchoire avait fini par dépasser le volume du poing d'un jeune enfant. Bien que ce caractère soit loin d'être absolu, il a une valeur incontestable. On rencontre chez les sujets scrofuleux des hypertrophies non moins énormes des ganglions, mais qui ne correspondent pas à des ulcérations tonsillaires.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les renseignements que fournit l'anamnèse. Si, comme j'en suis convaincu, le cancer des amygdales est toujours primitif et reste, même dans le cours de son évolution, exclusif à l'organe affecté; si le malaise et les douleurs locales ne se déclarent qu'à une époque déjà avancée de la lésion, ces caractères sont tellement contradictoires avec la marche de la syphilis gutturale qu'ils assurent le diagnostic. A vrai dire, le doute qui se présente à l'esprit n'est pas de longue durée et se résout, au besoin, par un court traitement.

Il n'en est pas de même des affections scrofuleuses de la gorge, cette ombre qui ne semble pas près de se dissiper dans

le tableau des angines. La troisième observation que j'ai rapportée avec un excès de détails, ne rentrerait-elle pas dans la classe encore indéfinie des angines scrofuleuses? Quelle importance faut-il attacher à l'absence d'engorgement ganglionnaire? Doit-on, en considérant la facilité avec laquelle le système lymphatique est envahi dans la scrofule vraie, n'accepter comme strumeuses que les phlegmasies chroniques ou subaiguës de la gorge qui se propagent aux glandes du voisinage? Doit-on admettre l'existence d'un épithélioma guttural, sans engorgement ganglionnaire?

Je laisse encore une fois ces questions et bien d'autres indécises, n'ayant, comme je l'ai dit, et malgré des recherches persévérantes, aucune donnée qui me permette d'en entrevoir la solution.

IV. Lorsqu'au lieu d'affirmer la nature de la lésion, à la phase ulcéreuse la seule décisive du cancer, on cherche à établir le diagnostic à dater du moment où une tumeur de la gorge a été constatée, on court le risque de retomber dans les erreurs ou les incertitudes des premiers observateurs.

Il existe, dans la science un certain nombre de faits recueillis antérieurement à une dizaine d'années et qui figurent au catalogue des affections cancéreuses, sous des dénominations diverses. Tel est le cas rapporté par le Dr Birkett, avec le titre de tumeur carcinomateuse de la luette et du pilier postérieur, de celui que J. Syme a décrit sous le nom de tumeur fibreuse de la gorge. Tels sont les faits invoqués par Warren en faveur des opérations chirurgicales toujours suivies de succès.

Dans toutes ces observations, on retrouve comme caractères communs : l'invasion lente, à peine incommode de la tumeur à laquelle on ne saurait assigner une date précise; l'absence d'ulcérations même superficielles, l'immunité des ganglions, l'isolement de la tumeur qui n'envoie aucun prolongement dans les tissus voisins, et enfin l'indication de l'extirpation de la tumeur, exempte de danger et curative sans rechute.

Il était à supposer que des tumeurs si inoffensives, n'entraînant même pas d'accidents phlegmasiques, absolument indolentes ne pouvaient être classées que par erreur parmi les affections cancéreuses. Il n'y avait pas lieu d'admettre que cette bénignité apparente répondît seulement au premier stade de la maladie, puisqu'elle se continuait pendant des années et qu'on ne citait pas une seule occasion où elle se fût démentie.

Cependant, c'est seulement dans ces dernières années qu'on songea à réunir dans une espèce à part et sous un nom particulier, ces altérations sans parité avec le cancer. L'étude des maladies du sein avait déjà fourni des indices qu'on utilisa. Les observateurs avaient, en effet, noté l'existence, dans les mamelles, de tumeurs hypertrophiques ou adénoïdes, c'est-à-dire composées des éléments mêmes de la glande. Un examen approfondi permit de reconnaître que, parmi les tumeurs supposées cancéreuses de l'arrière-gorge, un certain nombre n'étaient que des adenômes et ne pouvaient, à aucun titre, être rapprochées du cancer, ni par leur structure, ni par leur aspect extérieur.

Le type une fois entrevu, fut définitivement constitué par des recherches ultérieures et dans un mémoire justement remarqué sur les tumeurs de la région palatine (*Moniteur des hôpitaux*, 1857). Le Dr Jules Rouyer a pu réunir onze observations dont cinq originales, empruntées à la clinique du professeur Nélaton.

Depuis lors, peu de faits sont venus s'ajouter, mais la lésion était si bien définie qu'elle n'avait pas besoin d'être confirmée par de nouvelles observations. Aujourd'hui, il n'est pas plus permis de confondre le cancer avec les adenômes de l'arrière-gorge, que d'accepter les dénominations provisoires de tumeurs fibreuses ou polypeuses.

Les adenômes formés par la prolifération des culs-de-sac glandulaires ont pour siége presque exclusif le voile du palais et la partie de cette membrane la plus riche en glandules. La membrane muqueuse qui les revêt garde sa couleur, tout au plus devient-elle d'un rose plus foncé; elle glisse à leur surface

et ne s'ulcère jamais, quelle que soit la durée d'ailleurs indéfinie de la lésion. Indolores, se développant lentement, ces tumeurs grossissent presque sans que le malade en ait conscience ; il n'en est incommodé que quand elles ont pris des dimensions relativement énormes. Je ne connais pas plus un fait d'adenôme des amygdales qu'un cas authentique de cancer vrai primitivement développé sur le voile du palais. Le siége suffirait déjà à fournir tout au moins des éléments de présomption. L'évolution ultérieure lèvera tous les doutes.

## AFFECTIONS NERVEUSES DE LA GORGE.

Mon regretté maître et ami, le professeur Trousseau, en collaboration avec l'auteur de ce livre, a le premier consacré une courte monographie aux paralysies du voile du palais. (*Union médicale*, octobre 1851.) D'autres observateurs avaient signalé la maladie, mais sans en faire l'objet d'une étude spéciale. Depuis cette publication, des travaux plus considérables se sont produits, et l'histoire de la paralysie du voile du palais est devenue familière à tous les médecins.

J'ai cru, néanmoins, tout en rendant pleine justice aux auteurs qui ont traité la question, que le sujet n'était pas épuisé et qu'il pouvait encore fournir la matière de quelques considérations intéressantes. Il m'a semblé surtout que la paralysie ne résumait pas, à elle seule, la totalité des désordres nerveux et qu'il y aurait profit à réunir dans le même cadre le peu que nous savons sur la pathologie nerveuse de l'arrière-gorge. J'envisagerai donc ici successivement les troubles de la sensibilité et du mouvement.

I. HYPERESTHÉSIE. — L'hyperesthésie, qui survient sous l'influence d'une phlegmasie aiguë, se rattache par un lien tellement étroit à l'affection dont elle n'est qu'une dépendance qu'elle ne saurait être isolée des autres symptômes. Tant que la douleur est proportionnée à l'intensité de l'inflammation,

elle n'offre pas d'autres particularités que celles qu'elle tient de la sensibilité spéciale de la région.

Il n'en est plus de même quand la douleur excède de beaucoup les autres phénomènes inflammatoires, et surtout quand elle se produit sans lésions appréciables de la membrane muqueuse.

Un certain nombre de malades se plaignent d'une gêne douloureuse, provoquée plutôt par la déglutition de la salive que par celle des aliments. L'examen de l'arrière-gorge donne à reconnaître un peu de rougeur diffuse des parties ou ne fournit aucun renseignement. Les phthisiques, au début de la maladie, sont sujets à cette incommodité, qui passe inaperçue ou qu'on rapporte, faute d'une suffisante recherche, au larynx. Si peu grave que soit la complication, elle a pour inconvénient de fatiguer les malades et de leur rendre pénible l'ingestion des boissons ou des aliments liquides. La douleur, toujours provoquée par le mouvement, n'est pas excitée par le contact ou par le pincement du voile du palais, à moins que ces essais ne déterminent une contraction.

Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer une névralgie vraie de l'arrière-gorge, survenant par accès et indépendante de toute phlegmasie locale. Il est d'ailleurs bien difficile d'avoir une mesure quelconque de l'intensité des douleurs gutturales. tout au plus peut-on en préciser le siége.

Quand l'hyperesthésie occupe le voile du palais, elle s'accuse par une souffrance transitoire au passage de la salive ou des liquides non irritants, et la salive est certainement le moins irritant de tous les liquides mis en contact avec la gorge. Quand elle est pharyngée, les malades se plaignent de sentir comme un corps étranger dont ils essayent de se débarrasser par des mouvements répétés, mais improductifs du pharynx.

Dans tous les cas, on suppose, et la supposition est le plus souvent plausible, l'existence d'une irritation légère de la membrane muqueuse.

II. ANESTHÉSIE. — La diminution ou l'abolition de la sensibilité dans diverses parties qui composent l'isthme, mérite une étude un peu moins sommaire.

Nous sommes très-incomplétement renseignés sur la sensibilité normale de l'arrière-gorge qui paraît comporter des variations individuelles considérables. Comme pour tous les sphincters, il importe de distinguer la sensibilité spéciale, inhérente à la fonction, et qu'à ce titre, on pourrait appeler *fonctionnelle*, de celle qui appartient à la membrane muqueuse.

A l'état normal, le passage des aliments s'effectue sans que nous en ayons conscience; nous ne nous en apercevons que dans les cas où une affection locale a produit de l'hyperesthésie, ou quand un corps dur, rugueux ou pointu est introduit. Sous ce rapport, la susceptibilité varie dans des proportions que la plus vulgaire expérience permet de constater. Il en est de même pour les liquides et les aliments irritants. Seulement, tandis que l'usage des substances irritantes finit par émousser plus ou moins la sensibilité, les individus qui ne tolèrent pas la déglutition des corps durs arrivent rarement à l'accoutumance. Les températures extrêmes sont aussi inégalement perçues.

La sensibilité générale de l'arrière-gorge, celle qui persiste en dehors de la déglutition, n'est pas moins variable selon les individus. Pour avoir une idée vraie de son degré, il faut la constater directement et ne pas s'en tenir à des données hypothétiques. Je me suis livré, sous ce rapport à des expériences que je pourrais dire innombrables, et qui m'ont conduit à admettre que la sensibilité du voile du palais est beaucoup plus obtuse qu'on ne le suppose.

Les modes d'expérimentation doivent être multiples, et les résultats diffèrent suivant les moyens mis en usage.

Pour estimer la sensibilité, il importe surtout de placer le malade dans des conditions favorables à l'examen. Si on abaisse vivement et brusquement la langue, de manière à exciter une sorte de convulsion synergique du voile du palais et du pharynx, l'arrière-gorge devient plus sensible en ap-

parence : le malade répète, au moindre attouchement, et par une sorte de contraction instinctive, le mouvement qui vient d'être provoqué. En abaissant patiemment la langue et en évitant de solliciter des mouvements sympathiques, on peut apprécier la sensibilité au contact, au pincement, au chatouillement. J'ajouterai que les essais n'ont de valeur que s'ils opèrent sur de petites surfaces. Tout corps volumineux mis en contact avec l'arrière-gorge détermine plus ou moins la même contraction que le bol alimentaire.

Lorsqu'après avoir pris ces précautions indispensables, on saisit entre les mors d'une pince le bord libre du voile du palais chez un individu exempt de toute maladie gutturale, il éprouve rarement de la douleur et n'a qu'une conscience très-vague du pincement.

L'attouchement avec une tige de verre mousse, par exemple, est à peine ressenti et la sensation de température n'est perçue qu'aux degrés extrêmes.

Il n'en est pas de même du chatouillement qui sollicite, comme chacun sait, une irritation spéciale et une vive contraction du voile du palais, même chez les sujets qui ont cette partie peu contractile.

Nous avons pour graduer la sensibilité du voile du palais deux mesures, l'une que nous empruntons aux perceptions du malade, l'autre qui nous est fournie par les mouvements réflexes et involontaires de la membrane. La première est, comme on vient de le voir, assez indistincte; l'autre donne-t-elle des renseignements plus précis?

Il est admis généralement, mais sans démonstration plausible, que l'anesthésie est l'antécédent obligé de la paralysie du voile du palais. Pour motiver cette conclusion, on suppose que la membrane immobile, malgré l'excitation du pincement, restera encore plus indifférente à l'action moins irritante des aliments ou des boissons. Le fait serait vrai si les boissons ou les aliments étaient portés directement dans l'arrière-gorge. Les injections, et j'ai fait un long usage de cette méthode opératoire, n'occasionnent que chez un nombre très-réduit de sujets une contraction appréciable.

Il n'en est plus ainsi quand le liquide ou le bol alimentaire déposé dans la bouche, met en exercice tout l'appareil musculaire de la déglutition. Le voile du palais obéit à l'impulsion commune, et on observe les mêmes effets que lorsqu'on abaisse la langue rapidement et sans précaution. J'ai vu nombre de fois des malades affectés d'anesthésie absolue au contact, à la piqûre, au pincement, dont le voile du palais n'accusait, pendant ces expériences, aucune trace de contractilité et qui, cependant, conservaient intacte la faculté de déglutir les boissons.

On peut dire que tout individu convalescent d'une angine aiguë non limitée aux amygdales, perd plus ou moins, et pendant un espace de temps variable, une portion de la sensibilité tactile du voile du palais. Beaucoup d'autres conditions encouragent également une anesthésie ou, si le mot était consacré, une *dysesthésie* locale. L'emploi du laryngoscope, en obligeant les malades au contact d'un miroir relativement volumineux, a appris combien la sensibilité finissait par s'émousser sous l'influence de manœuvres répétées. Je ne puis que confirmer l'opinion émise par les expérimentateurs sur l'anesthésie complète ou incomplète, sans traces de paralysie, que détermine l'administration prolongée du bromure de potassium. A un moindre degré, tous les irritants produisent des effets analogues à ceux qui suivent les inflammations.

L'anesthésie constatée par les procédés directs que j'ai énumérés est, ou totale ou partielle. Il se peut qu'elle n'occupe qu'un segment du voile du palais. C'est ce qui a lieu, par exemple, à la suite des angines phlegmoneuses limitées à une amygdale.

La sensibilité de la portion du pharynx aisément accessible et qu'on atteint sans toucher les autres parties de l'isthme, est encore plus obtuse. Bien peu d'individus ont une notion quelconque de l'attouchement avec un corps contus et peu volumineux. L'indifférence absolue des malades pour les cautérisations exactement limitées à la paroi postérieure du pharynx serait à elle seule suffisamment probante. La phlegmasie pharyngée aiguë, rarement primitive, moins fréquente même

secondairement que celle des autres régions de l'arrière-gorge, ne paraît pas contribuer notablement à développer la sensibilité. La sensation de sécheresse est presque la seule qui soit sûrement ressentie; nous n'aurions d'ailleurs aucun moyen de reconnaître le siége d'une douleur qui occuperait le pharynx.

En résumé, on doit distinguer pour l'isthme comme pour tous les appareils à destination fonctionnelle, deux modes de sensibilité; l'une afférente à toute membrane vivante, l'autre en rapport avec la fonction. Pas plus pour le voile du palais que pour les membres, nous ne sommes en état de définir les relations que l'anesthésie entretient avec l'acinésie. Si le voile du palais privé de contractilité ne traduit pas par un mouvement l'irritation, il arrive néanmoins que le malade a conscience de l'excitation douloureuse qui lui est imposée. Par contre, la membrane peut se contracter au contact en masse des liquides ou du bol alimentaire, gardant ainsi sa sensibilité spéciale, bien qu'elle soit indifférente aux excitants d'un autre ordre.

Réduite à ses proportions vraies, l'anesthésie palatine est un accident insignifiant et qui passerait presque toujours inaperçu, si on ne se donnait la peine de le découvrir.

Les hystériques chez lesquelles il existe tant de perversions de la sensibilité et qui sont, en particulier, sujettes aux anesthésies partielles les plus durables et les plus absolues, éprouvent souvent des spasmes, rarement, sinon jamais, de la paralysie du voile du palais. Lorsque dans le cours de l'hystérie la sensibilité de l'arrière-gorge est abolie, ce qui n'est rien moins qu'exceptionnel, on peut tirailler, irriter, pincer, on pourrait déchirer au besoin la membrane muqueuse sans qu'il en résulte, ni une sensation désagréable, ni un mouvement. J'ai dit que la déglutition n'était pas modifiée par cette insensibilité complète.

III. PARALYSIE.—De toutes les perversions du mouvement, la paralysie est la seule sur laquelle nous soyons renseignés, et, faute de documents, je passe sous le silence les affections

spasmodiques dont l'existence me paraît cependant incontestable.

La paralysie du voile du palais se produit sous la dépendance d'une affection cérébro-spinale, ou indépendamment de toute lésion préalable des centres nerveux; dans ce dernier cas, elle est toujours consécutive à une angine. Non-seulement les deux formes diffèrent au point de vue de leur origine, mais elles ont à peine des symptômes communs.

Chez les malades atteints d'affections cérébrales diverses que je n'essayerai pas de caractériser, la paralysie du voile du palais survient immédiatement après l'attaque initiale et peut se prolonger, en décroissant, pendant une période de temps indéfinie. Elle est caractérisée par la gêne de la déglutition, de très-rares régurgitations nasales, le changement du timbre de la voix qui n'est pas précisément nasonnante. Elle correspond à une anesthésie presque toujours difficile à mesurer. Je l'ai vue rarement unilatérale, plus souvent généralisée. Presque toujours elle s'accompagne d'un certain degré de contraction permanente qu'on ne retrouve dans aucune autre affection gutturale.

La paralysie qui succède à l'angine se reconnaît aux signes suivants : procidence du voile du palais, absence de mouvements réflexes sous l'influence des excitations locales, l'électricité exceptée, régurgitations par le nez des aliments et surtout des boissons, nasonnement spécial de la voix. Avant d'indiquer la marche de l'affection paralytique, j'étudierai isolément chacun de ces symptômes.

Les conditions dans lesquelles se produit cette paralysie du voile, la seule qu'il entre dans mon plan de décrire, sont exceptionnelles à tous égards. On ne trouverait pas aisément dans le cadre pathologique, si ce n'est peut-être au larynx, un autre mode d'abolition du mouvement qui ait pour un antécédent nécessaire une phlegmasie de la partie paralysée. On ne trouverait pas davantage une affection paralytique qui, physiologiquement, offre les mêmes particularités.

Le voile du palais interposé entre la cavité buccale et le pharynx ne représente qu'un des éléments musculaires qui

concourent à l'acte de la déglutition. Ses mouvements répondent seulement à un des temps de la fonction, et quand ils ont été suspendus par le fait de la paralysie, les autres facteurs ne continuent pas moins leur fonctionnement régulier. Il en résulte que le voile reste immobile entre deux appareils contractiles, qu'il apporte le désordre dans la fonction sans provoquer de dysphagie proprement dite, et que sa paralysie est caractérisée par des phénomènes essentiellement actifs.

Le rejet des aliments par le nez est dû aux contractions du pharynx. Il se produit avec d'autant plus de fréquence et d'intensité, que le pharynx accomplit plus précipitamment son mouvement d'ascension, comme il arrive pour la déglutition des liquides. Les malades ont de ce fait une notion instinctive et beaucoup réussissent, quand la paralysie se prolonge, à se prémunir, au moins en partie, contre cette douloureuse incommodité. Les uns prennent, en buvant, la position horizontale qui ralentit chez tout le monde les efforts de déglutition; les autres se préparent à l'ingestion des boissons, de manière à substituer un mouvement réglé aux contractions involontaires; d'autres réussissent à ingérer par petites gorgées une suffisante quantité de liquide.

Le mécanisme par lequel s'effectue la régurgitation est d'ailleurs facile à comprendre. Il suffit d'abaisser brusquement la langue pour assister à une sorte de répétition artificielle de la déglutition. On voit alors le voile du palais se relever par un spasme rapide et fermer l'orifice des fosses nasales. Dans la paralysie, le retrait de la membrane faisant défaut, l'occlusion n'a pas lieu, tandis que le pharynx continue d'agir.

La contraction du pharynx joue là un rôle si prédominant qu'en s'exagérant elle suffit, dans quelques cas, à déterminer le renvoi des boissons par le nez, bien que le voile du palais ne soit pas paralysé. Chez un malade atteint d'une affection éruptive occupant, par exception, le pharynx à l'exclusion de l'isthme, le mouvement d'ascension du pharynx s'exécutait avec une précipitation convulsive, et les liquides froids

étaient à peu près invariablement rejetés par le nez, tandis que les boissons tièdes franchissaient le passage.

Même lorsque la paralysie est absolue, il s'en faut de beaucoup que les efforts de déglutition soient constamment suivis de régurgitation par le nez. Quand elle est incomplète, et c'est le cas le plus fréquent, le voile du palais est souvent entraîné par la synergie des autres muscles, et le liquide passe dans l'œsophage. J'aurai d'ailleurs à revenir sur les degrés que présentent ces troubles du mouvement.

Le nasonnement qui consiste dans une modification du timbre de la voix n'est pas moins pathognomonique, mais l'explication physiologique est beaucoup plus défectueuse. Mon intention ne saurait être d'entrer à ce sujet dans des détails inutiles. La voix est nasonnée toutes les fois que la mobilité du voile palatin est entièrement abolie; si elle n'est que diminuée, le nasonnement devient moins continu et moins caractéristique. C'est un fait curieux et dont l'équivalent n'existe pas pour la régurgitation, qu'on peut artificiellement et en dehors de toute lésion pathologique produire le nasonnement volontaire. Par quel mécanisme arrivons-nous à donner à la voix ce timbre particulier? Je l'ignore. Il est certain que beaucoup d'individus ont, à l'état normal, la voix sensiblement nasonnante, et que des affections très-diverses de l'arrière-gorge, indépendantes de toute complication laryngée, changent, en ce sens, le timbre habituel de la voix. Sous ce rapport le nasonnement diffère encore de la régurgitation. L'une est ou n'est pas, mais n'admet guère d'états intermédiaires; l'autre, au contraire, passe par des gradations insensibles, de l'émission régulière du son vocal au nasonnement le plus accentué.

La procidence du palais, bien que constante, n'est pas toujours également appréciable. Les dimensions du voile du palais sont loin d'être les mêmes chez tous les individus. Il suffit que la luette soit augmentée notablement de volume, œdémateuse, alourdie, pour qu'elle entraîne la membrane. Sous ce rapport, les affections de la luette ont une influence mal analysée, et les effets incommodes qu'on attribue à la

sensible à la plupart des irritants et d'une mobilité toujours imparfaite.

Quand la paralysie s'est ainsi développée dans le cours de la maladie gutturale, elle est d'une durée moyenne qui oscille entre deux et quatre ou cinq jours, rarement au delà. Quelquefois elle correspond à l'enrouement passager que j'ai signalé et qui pourrait n'être lui-même qu'un trouble dans la motilité du larynx. Il est peu probable qu'elle se reproduise après la guérison, du moins n'en ai-je pas vu un exemple.

En revanche, on voit souvent la paralysie débuter après la disparition réelle ou apparente d'angines graves ou insignifiantes, et, dans ce cas, elle est loin de répondre à un type aussi bénin. Il semblerait, d'après les descriptions classiques, que le voile du palais perd subitement sa contractilité : l'erreur vient de ce qu'on fait dater la maladie de la première régurgitation. Le plus souvent la paralysie est graduellement progressive pendant trois ou quatre jours ; toujours exempte de douleurs du commencement à la fin, elle s'annonce par ce qu'on pourrait appeler des hésitations de mouvements qui n'aboutissent pas d'abord au rejet des boissons par le nez.

La paralysie rentre alors dans la catégorie des affections secondaires dont je me suis appliqué, sans craindre les redites, à signaler la gravité ou la ténacité. Quelle qu'ait été l'espèce de l'angine préalable, la paralysie qui lui succède n'est jamais passagère et sa moindre durée est de plusieurs semaines.

Dans les conditions que je viens d'énoncer, la paralysie n'est pas en rapport exact avec la vivacité de l'angine qui l'a non-seulement précédée, mais produite. On voit l'abolition complète du mouvement suivre de simples herpès de l'arrière-gorge, exempts de dangers et qui ne donnaient en rien à prévoir un si pénible reliquat ; on n'observe pas moins fréquemment des angines diphthéroïdes d'une intensité exceptionnelle et qui ne laissent à leur suite aucun trouble dans les mouvements du voile du palais. Si, cependant, on veut essayer de classer les probabilités, on peut dire que les angines pseudo-membraneuses sont celles qui s'accompagnent le plus souvent de paralysie ; viennent ensuite les affections éruptives, et au der-

nier rang les phlegmasies franches tonsillaires ou péri-amygdaliennes.

En tous cas, les angines à évolution aiguë, qui exercent sur l'ensemble de la santé autant d'influence que sur les parties topiquement affectées, sont les seules qui puissent faire craindre l'invasion de la paralysie du voile du palais. Jamais on ne la verra survenir dans le cours ou à la suite des maladies chroniques ou subaiguës de l'arrière-gorge, quelle que soit leur énormité. La syphilis qui entraîne des lésions si profondes, autour desquelles s'étend ordinairement une phlegmasie subaiguë; qui altère dans sa forme, dans sa consistance, dans son aspect extérieur, le voile du palais autant et plus qu'aucune autre affection gutturale ; qui s'accompagne peut-être de l'hyperesthésie la plus persistante et la plus incommode, n'a pas pour conséquence un état paralytique accidentel ou durable du voile du palais.

Qu'elle se prolonge plus ou moins, la paralysie du voile du palais est par elle-même exempte de péril. Peut-être cependant convient-il de faire une exception pour les angines des grandes fièvres éruptives. C'est une remarque déjà faite dans diverses épidémies de rougeole et justifiée même, dans certains cas sporadiques, que la paralysie du voile du palais concomitante à l'exanthème a une signification pronostique menaçante. Il en est ainsi à un moindre degré de la scarlatine. L'affection locale n'acquiert pas alors un surcroît de gravité, elle n'entrave absolument, ni la déglutition, ni la phonation, mais elle vient former l'appoint d'un état général souvent mal défini.

Même à ses degrés extrêmes, la paralysie n'oppose pas un obstacle assez absolu à l'alimentation pour devenir dangereuse à ce titre.

*Traitement.* Pour ne pas compromettre la vie, la paralysie du voile du palais ne représente pas moins un accident très-pénible qui, par conséquent, réclame un traitement. En dehors des excitations électriques que je n'ai pas assez expérimentées pour en déterminer la valeur, les meilleurs moyens consistent dans l'usage des gargarismes stimulants. Je mettrai au premier

rang la teinture de capsicum conseillée dans diverses angines chroniques et surtout employée par les médecins américains, la teinture de romarin à petites doses, toutes deux étendues dans un véhicule indifférent, de manière à graduer les doses suivant la tolérance.

Il semble qu'il ne puisse pas entrer dans l'esprit d'un praticien d'opposer à une affection indolente, exactement localisée, secondaire, des révulsifs cutanés ou un traitement général ; on a pourtant l'occasion de voir des malades soumis à ces cures improductives et que n'excuse même pas l'apparence d'une indication.

Lorsque la paralysie du voile du palais coïncide avec d'autres troubles du système nerveux si souvent observés à la suite des angines aiguës, elle ne paraît pas bénéficier de la médication tonique reconstituante qui n'en abrége pas la durée. Ce serait, au besoin, une preuve de plus pour montrer à quel point l'affection exclusivement topique se rattache par un lien étroit et inexpliqué à la lésion locale de l'angine antécédente.

# TABLE DES MATIÈRES


INTRODUCTION . . . . . 1
DES ANGINES ÉRUPTIVES . . . . . 1
Angines éruptives en général . . . . . 1
Angine scarlatineuse . . . . . 11
Angine morbilleuse . . . . . 39
Angine varioleuse . . . . . 50
Angine herpétique . . . . . 53
Angines syphilitiques . . . . . 82
Angine acnéique . . . . . 117
Urticaire gutturale . . . . . 134
Pemphigus et psoriasis . . . . . 138
ANGINE ÉRYSIPÉLATEUSE . . . . . 142
ANGINE RHUMATISMALE . . . . . 181
ANGINE PHLEGMONEUSE . . . . . 216
ANGINE DIPHTHÉROÏDE . . . . . 235
DES ANGINES CATARRHALES . . . . . 280
Angines catarrhales en général . . . . . 280
Angine catarrhale chronique diffuse . . . . . 294
Pharyngite catarrhale . . . . . 322
Amygdalite chronique . . . . . 344
Catarrhe de la luette et du voile du palais . . . . . 363
TUMEURS ET AFFECTIONS CANCÉREUSES DE LA GORGE . . . . . 370
AFFECTIONS NERVEUSES DE LA GORGE . . . . . 389



PARIS. — IMPRIMERIE VICTOR GOUPY, RUE GARANCIÈRE, 5.

CATALOGUE DE LA MAISON

# P. ASSELIN, SUCCESSEUR DE BÉCHET JEUNE ET LABÉ

LIBRAIRE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Et de la Société Centrale de Médecine Vétérinaire

Place de l'École-de-Médecine, à Paris.

(Avril 1875)

# DICTIONNAIRE

## ENCYCLOPÉDIQUE

DES

# SCIENCES MÉDICALES

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE M. LE DOCTEUR

## A. DECHAMBRE

PAR MM. LES DOCTEURS

ARCHAMBAULT, AXENFELD, BAILLARGER, BAILLON, BALBIANI, BALL, BARTH, BAZIN, BEAUGRAND, BÉCLARD, BÉHIER, VAN-BENEDEN, BERTILLON, BESNIER, BLACHE, BLACHEZ, BOINET, BOUCHACOURT, CH. BOUCHARD, BOUISSON, BOULEY (H.), BOUVIER, BROCA, BROCHIN, BROWN-SÉQUARD, CALMEIL, CAMPANA, CERISE, CHARCOT, CHASSAIGNAC, CHAUVEAU, CHÉREAU, CORNIL, COULIER, COURTY, DALLY, DAREMBERG, DAVAINE, DECHAMBRE (A.), DELIOUX DE SAVIGNAC, DELPECH, DENONVILLIERS, DEPAUL, DIDAY, DOLBEAU, DUPLAY (S.), DUTROULAU, ÉLY, FALRET (J.), FOLLIN, FONSSAGRIVES, GALTIER BOISSIÈRE, GARIEL, GAVARRET, GIRAUD-TEULON, GOBLEY, GODELIER, GREENHILL, GRISOLLE, GUBLER, GUÉRARD, GUILLARD, GUILLAUME, GUYON (F.), HECHT, HÉNOQUE, ISAMBERT, JACQUEMIER, KRISHABER, LABBÉ (LÉON), LABOULBÈNE, LAGNEAU (GUSTAVE), LANCEREAUX, LAVERAN, LE FORT (LÉON), LEGOUEST, LEREBOULET, LE ROY DE MÉRICOURT, LETOURNEAU, LÉVY (MICHEL), LIÉGEOIS, LIÉTARD, LINAS, LIOUVILLE, LITTRÉ, LUTZ, MAGITOT (E.), MAGNAN, MAREY, MARTINS, MILLARD, MONTANIER, MOREL (B.-A.), NICAISE, OLLIER, ORFILA (L.), PAJOT, PARCHAPPE, PARROT, PASTEUR, PAULET, PERRIN (MAURICE), PETER (M.), PLANCHON, POLAILLON, POTAIN, RAIGE-DELORME, REGNARD, REGNAULT, REVEIL (O.), REYNAL, ROBIN (CH.), ROGER (H.), ROLLET, ROTUREAU, ROUGET, SAINTE-CLAIRE DEVILLE (H.), SCHUTZENBERGER (CH.), SCHUTZENBERGER (P.), SÉDILLOT, SÉE (MARC), DE SEYNES, SOUBEIRAN (L.), TARTIVEL, TESTELIN, TILLAUX (P.), TOURDES, TRÉLAT (U.), TRIPIER, VELPEAU, VERNEUIL, VIDAL (L.), VILLEMIN, VOILLEMIER, VULPIAN, WARLOMONT, WORMS (J.), WURTZ.

## IL Y A DE PARU :

**Les 33 premiers demi-volumes de la 1re série, les 18 premiers demi-volumes de la 2e série et les 5 premiers demi-volumes de la 3e série.**

## CONDITIONS DE LA SOUSCRIPTION

LE DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES est publié par demi-volumes de chacun 400 pages grand in-8° compacte, avec figures, et en 3 séries simultanément : la 1re commençant par la lettre A, la 2e par la lettre L et la 3e par la lettre Q.

Prix du demi-volume, rendu *franc de port* dans toute la France et l'Algérie, **6** francs.

NOTA. — *Toute demande doit être accompagnée d'un mandat ou de timbres-poste.*

# L'OFFICINE

ou

## RÉPERTOIRE GÉNÉRAL

# DE PHARMACIE PRATIQUE

contenant

**1° LE DISPENSAIRE PHARMACEUTIQUE**

ou

CONSPECTUS DES PHARMACOPÉES LÉGALES ET PARTICULIÈRES

ALLEMANDES, AMÉRICAINES, ANGLAISES, BELGES, ESPAGNOLES, FRANÇAISES, HOLLANDAISES, ITALIENNES, POLONAISES, PORTUGAISES, RUSSES, SUÉDOISES, ETC.;

**Des Formulaires**

DE MATIÈRES MÉDICALES ET RECUEILS DIVERS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DES MÊMES PAYS

précédé, sous forme de prolégomènes

DE TABLEAUX PRÉSENTANT LA CONCORDANCE DES POIDS ET MESURES EN USAGE DANS LES DIVERSES NATIONS DU MONDE

D'UNE INSTRUCTION SUR LES AÉROMÈTRES ET LES THERMOMÈTRES;

DE TABLEAUX OU SYNOPSIS CHIMIQUES, MINÉRALOGIQUES, BOTANIQUES, ZOOLOGIQUES;

D'UN CALENDRIER PHARMACEUTIQUE, D'UN APERÇU SUR LES OPÉRATIONS PHARMACEUTIQUES, L'ÉLECTION ET LA CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS; LES SUCCÉDANÉS;

**De l'art de Formuler;**

**2° LA PHARMACIE LÉGALE**

comprenant

**La Législation pharmaceutique**

OU RECUEIL DE LOIS, DÉCRETS, ARRÊTÉS ET PIÈCES DIVERSES CONCERNANT L'EXERCICE DE LA PHARMACIE;

**La Toxicologie**

OU PETIT TRAITÉ DES MOYENS PROPRES A FAIRE RECONNAITRE LES POISONS ET A COMBATTRE LEURS EFFETS

**L'Essai pharmaceutique des médicaments simples et composés,**

OU PETIT TRAITÉ DES MOYENS PROPRES A FAIRE RECONNAITRE LEUR NATURE ET LEUR FALSIFICATION,

**3° L'APPENDICE PHARMACEUTIQUE**

comprenant

LA PHARMACIE VÉTÉRINAIRE, LA PHARMACIE HOMŒOPATHIQUE, LA CHIMIE PHARMACEUTIQUE (ANALYSE), LE MÉMORIAL THÉRAPEUTIQUE ET UN MISCELLANÉE D'ARTICLES QUI INTÉRESSENT LA PHARMACIE PRATIQUE;

**4° LE TARIF GÉNÉRAL DE PHARMACIE et DES BRANCHES ACCESSOIRES**

Précédé du tarif des manipulations

PAR

## DORVAULT

Directeur-Fondateur de la Pharmacie centrale de France,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc.

---

NEUVIÈME ÉDITION

Revue et corrigée. — Planches intercalées dans le texte. — Nomenclature étrangère.

**1 très-fort volume grand in-8°**

compacte, de 1,600 pages, imprimé sur deux colonnes et contenant la matière de 10 volumes in-8°. — 1875.

Prix pour Paris { broché..... 18 fr. / cartonné à l'anglaise (tranche coloriée). 20 fr. / demi-reliure (tranche coloriée)..... 21 fr.

PRIX EN PLUS DE CELUI SUS-INDIQUÉ ET L'OUVRAGE RENDU FRANCO

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1° France et Algérie..... | 2 fr. » | 3° Belgique et Italie..... | 3 fr. » |
| 2° Suisse..... | 2 » | 4° Grande-Bretagne et Espagne..... | 4 » |

— Pour tous les autres pays, il faut s'adresser aux libraires ou commissionnaires, attendu que la poste est trop élevé.

## TRAITÉ PRATIQUE
DES
# MALADIES CHRONIQUES
PAR **DURAND-FARDEL**

2 volumes grand in-8, 1868. — Prix : 20 francs

---

## TRAITÉ THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE
# D'HYDROTHÉRAPIE
### De l'application de l'Hydrothérapie
### au Traitement des Maladies Chroniques
DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET AU DOMICILE DES MALADES

**Par le Dr Louis FLEURY**

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

4e édition revue et corrigée, avec figures dans le texte. 1875. 1 très-fort volume, grand in-8 de 1,150 pages, cartonné à l'anglaise. — 17 fr.

Cet ouvrage est le *vade-mecum* de tout médecin qui veut connaître et appliquer l'hydrothérapie scientifique, cette médication puissante qui, suivant les expressions de l'auteur, « représente la thérapeutique « rationnelle des maladies chroniques et l'art de guérir la plupart de ces maladies. » L'exactitude de cette assertion a été démontrée par les succès éclatants obtenus par l'auteur.

---

# COURS D'HYGIÈNE
## FAIT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Par **Louis FLEURY**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Ouvrage publié en 13 livraisons formant 3 volumes grand in-8°. 1852-1872.

PRIX : **26** FRANCS.

Le livre de M. FLEURY a sa place marquée à part, à côté des ouvrages du même genre, quel que soit d'ailleurs le mérite de ceux-ci. Une classification très-nette, très-rigoureuse, d'après laquelle il étudie d'abord les modificateurs extérieurs ou cosmiques, puis les modificateurs individuels, lui a permis de passer en revue, sans confusion et sans répétitions, toutes les influences qui peuvent agir sur la santé de l'homme. C'est avec un jugement exact et sévère qu'il analyse ces différentes causes perturbatrices et qu'il fait connaître les moyens de les combattre. Enfin, à la suite des déductions précises tirées de l'observation des faits considérés en eux-mêmes, il sait généraliser ceux-ci, et s'élever à de hautes considérations tirées des lois de la physiologie humaine, et des principes, sainement appréciés, de la sociologie. On comprend l'importance et la valeur d'un pareil travail qui justifie si pleinement le succès qu'il a obtenu.

**DÉNONVILLIERS.— V. Compendium de chirurgie pratique.**

**DESCURET** (J.-B.-F.). — **La Médecine des Passions**, ou les Passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion. 3e édition, revue et augmentée. 2 vol. in-8, 1860..... 12 fr.

**DESCURET** (J.-B.-F.).—**Les Merveilles du Corps humain**, précis méthodique d'anatomie, de physiologie et d'hygiène dans leurs rapports avec la morale et la religion. 1 vol. in-8, 1856..... 6 fr.

**DESMARRES** (A.). —**Leçons cliniques sur la chirurgie oculaire.** (*V. page 7 de ce catalogue.*)

**DEVAY** (Francis). — **Traité spécial d'Hygiène des familles**, particulièrement dans ses rapports avec le mariage au physique et au moral, et les maladies héréditaires. 2e édition entièrement refondue. 1 très-fort vol. in-8, 1858..... 9 fr.

**DEVILLIERS.—Recueil de Mémoires et d'Observations sur les Accouchements et sur les maladies des Femmes**, tome 1er, in-8, 1862..... 5 fr.

**DEVILLIERS. — Observations et Recherches** sur quelques maladies de la Membrane caduque. In-8 avec pl. 1842. 1 fr. 50 c.

**Dictionnaire de Médecine**, ou Répertoire général des Sciences médicales considérées sous les rapports théoriques et pratiques. 2e éd. entièrement refondue, 30 forts vol. in-8, 1832-1846, au lieu de 180 f., net 100 f.

**Dictionnaire raisonné des Dénominations chimiques et pharmaceutiques**, contenant tous les termes employés en chimie et en pharmacie, pour désigner les lois, phénomènes, substances, combinaisons ou préparations connues jusqu'à ce jour, par MM. A. CHEVALLIER, CH. LAMY, et ED. ROBIQUET. 2e éd. 1 très-fort vol. divisé en 2 parties. En vente la 1re partie, in-8 de 500 pages, texte compacte à 2 colonnes, 1853..... 9 fr.

**DIDAY** (P.), rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon*.— **Histoire naturelle de la Syphilis**, leçons professées à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, en mars 1863. 1 vol. in-8. 4 fr. 50 c.

**DORVAULT.—Iodognosie**, ou Monographie chimique, médicale et pharmaceutique des iodiques en général, et en particulier de l'IODE et de l'IODURE DE POTASSIUM. 1 vol. in-8 de 300 pages. 1850..... 3 fr.

**DORVAULT. — Officine** ou **répertoire général de pharmacie pratique** (*V. page 8 de ce catalogue*).

**DUBOIS** et **CH. PAJOT**, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris.— **Traité complet de l'art des Accouchements**, 2 volumes in-8, avec figures. Les livraisons 1 et 2 de chacune 260 pages ont paru Prix..... 7 fr.

**DUCHENNE** (de Boulogne.)— **De la Paralysie musculaire pseudo-hypertrophique**, ou **Paralysie myo-sclérosique.** 1 vol. in-8, avec 2 planches lithographiées et 36 fig. intercalées dans le texte. 1868..... 3 fr.

**DUGUET**, Agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — **De l'apoplexie pulmonaire.** In-8, 1872..... 3 fr.

**DUMAS**, membre de l'Institut. — **Leçons sur la Philosophie chimique** professées au Collége de France. 1 v. in-8. (*Epuisé*).

**DUMONT** (G.) — **Recherches statistiques sur les causes et les effets de la Cécité.** Grand in-8, 1856..... 4 fr.

**DUPLAY** (Simon), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. — **Des Collections séreuses et hydatiques de l'Aine.** 1 vol. in-8. 1865..... 3 fr. 50 c.

**DUPLAY** (Simon).—**De la Hernie ombilicale.** In-8, 1866..... 3 fr.

**DUPLAY** (Simon). — (Voir *Archives générales de médecine*).

**DUPUY** (de Frenelle). — **Traité du Rhumatisme musculaire ou névromyalgie.** Nouveau mode de traitement de cette maladie et des névralgies en général. 1 vol. in-18. 1864..... 2 fr. 50 c.

**DURAND-FARDEL.— Traité clinique et thérapeutique du diabète.** 1 vol. gr. in-18. 1869..... 5 fr.

**DURAND-FARDEL.—Traité pratique des maladies chroniques** (*V. page 9 de ce catalogue*).

**DUVAL** (Joseph). — **Du Mamelon et de son Auréole** (anatomie et pathologie). 1 vol. in-4, 1861..... 5 fr.

**ELLEAUME. — Traité élémentaire des maladies des femmes.** 1 vol. in-8° avec figures, cartonné à l'anglaise. 1869..... 10 fr.

**EMPIS**, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Pitié. — **De la Granulie**, ou maladie granuleuse, connue sous les noms de fièvre cérébrale, de méningite granuleuse, d'hydrocéphale aiguë, de phthisie galopante, de tuberculisation aiguë, etc. 1 vol. in-8. 1865. Prix..... 6 fr.

**EMPIS** (S.). — **De l'Incubation des Maladies.** In-4. 1857..... 2 fr. 50 c.

**ESPAGNE. — Etudes pratiques sur la Fièvre puerpérale**, spécialement considérée dans ses rapports avec les causes débilitantes. In-8..... 3 fr.

**FABRE** (J.-P.-A.), de Meironnes (Basses-Alpes). — **Traité du Goître et du Crétinisme** et des rapports qui existent entre ces deux affections. 1 vol. in-8, avec planches, 1857..... 6 fr.

**FERNET** (Charles), agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux.— **Du Rhumatisme aigu et de ses manifestations.** 1 vol. in-8. 1865..... 2 f. 50 c.

**FERNET. — Des tremblements.** In-8, avec planches, 1872..... 3 fr.

**FERRAND. — Des Exanthèmes du Rhumatisme.** In-4, 1863..... 2 fr.

**FLEURY** (Louis).— **Cours d'Hygiène** fait à la Faculté de Médecine de Paris et publié de 1851 à 1872 en 13 livraisons, au prix de 2 fr. chacune. (*V. page 9 de ce catalogue*).

**FLEURY** (Louis).— **Clinique hydrothérapique de Bellevue; Recherches et observations sur les Maladies chroniques.**

PREMIÈRE PARTIE : **Gastrite chronique**, gastralgie, entéralgie, dyspepsie, hypochondrie. In-8, 1855..... 2 fr. 50 c.

DEUXIÈME PARTIE : **Congestion sanguine chronique du Foie;** engorgement, obstruction du foie; lypémanie, hypochondrie, nosomanie. In-8, 1855.. 2 fr 50 c.

**FLEURY** (Louis). — **Clinique hydrothérapique de Plessis-Lalande.**

1er FASCICULE : Fièvres intermittentes militaires, épilepsie, névralgies, brûlures. In-8, 1868..... 2 fr. 50 c.

2e FASCICULE : Affections organiques du cœur, dysenterie chronique, congestion hépatique dans l'impaludisme, maladie paludique. In-8, 1869..... 2 fr. 50 c.

3e FASCICULE : Albuminurie chronique, affection organique du cœur, de la révulsion en général et de la révulsion hydrothérapique en particulier. In-8, 1870..... 2 fr. 50 c.

**FLEURY** (Louis). — **Du traitement hydrothérapique des Fièvres intermittentes**, de tous les types et de tous les pays, récentes ou anciennes et rebelles. 1 vol. in-8, avec planches. 1858. 4 fr. 50

**FLEURY** (Louis).— **Essai sur l'Infection purulente.** In-8, 1844.. 3 fr. 50 c.

**FLEURY. — Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie** (*V. page 9 de ce catalogue*).

**FOLLIN.**— Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le **Traitement des Fistules vésico-vaginales.** In-8. avec fig. intercalées dans le texte, 1860. 2 fr.

**FORGET** (Eugène).—**Etude pratique et philosophique du Col de la Matrice**, considérée sous le triple rapport de son anatomie normale et tératologique, de sa physiologie et de sa pathologie, précédée d'un coup d'œil sur l'utérus et ses maladies. 1 vol. in-8, 1849..... 3 fr. 50 c.

**FOUCART** (A.)—**De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement**, traité pratique, suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours. 1 vol. n-8, 1854..... 6 fr.

**FOUCHER—De l'Anus contre nature.** In-8 avec planche. 1857..... 4 fr.

**GANOT. — Traité élémentaire de physique** expérimentale et appliquée, et **de météorologie.** 16e édit., augmentée d'un recueil de problèmes avec solutions. 1 fort vol. gr. in-18, avec 812 belles grav. sur bois, intercal. dans le texte. 1874. 7 fr.

**GANOT. — Cours de Physique** purement expérimentale à l'usage des gens du monde, des candidats au baccalauréat ès-lettres, des élèves des écoles normales, des institutions de demoiselles, et en général des personnes étrangères aux connaissances mathématiques. 6e édit. 1 vol. gr. in-18, orné de 385 magnifiques vign., 1875. 5 f. 50

**GILLE. — Monographie thérapeutique et pharmacologique de l'Iodure de fer.** 1 vol. in-12. 1857..... 4 fr. 50 c.

**GOSSELIN.— Des Pansements rares.** In-4, 1851..... 1 fr. 25 c.

**GOSSELIN.**— (V. 1° *Compendium de chirurgie*; 2° CURLING; 3° DENONVILLIERS.)

**GOURDIN. — Du traitement de la Tuberculose.** 1 vol. in-4, 1861..... 5 fr.

**GUERSANT. — Notices sur la chirurgie des enfants** (*V. page 10 de ce catalogue*).

**HARDY.** — (Voir BÉHIER et HARDY, *Traité de pathologie interne, page 4.*)

**HÉDOUIN. — Réflexions sur la Dyspepsie.** In-8, 1866..... 75 c.

**HÉLIE** (TH.), professeur d'anatomie à l'École de médecine de Nantes. — **Recherches sur la disposition des fibres musculaires de l'Utérus développé par la grossesse.** In-8, avec atlas de 10 planches in-fol., dessinées d'après nature et lithographiées par M. CHENANTAIS, professeur à la même École..... 10 fr.

Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences. — Prix GODARD, 1865.

**HIPPOCRATE** (ŒUVRES CHOISIES). — Le Serment, la Loi, l'Art, le Médecin, les Prorrhétiques, le Pronostic, les Prénotions de Cos, les Airs, les Eaux et les Lieux, les Épidémies (1er et 3e livres), le régime dans les Maladies aiguës, les Aphorismes: extraits et analyses de plusieurs traités; traduites du grec, sur les meilleurs textes imprimés et manuscrits; accompagnées d'arguments et de notes, et précédées d'une notice sur la vie et les écrits d'**Hippocrate**, par le docteur Ch. DAREMBERG. 2e éd. entièrement refondue et augmentée. 1 fort vol. in-8, 1855. 9 fr.

**HORTELOUP** (Paul), chirurgien des hôpitaux de Paris. — **De la Sclérodermie.** In-8. 1865..... 3 fr.

**HORTELOUP (Paul). — Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage.** leurs conséquences, leur traitement. In-8, 1869..... 2 fr. 50 c.

**HORTELOUP** (Paul). — **Des Tumeurs du sein chez l'homme.** In-8. 1872..... 2 fr. 50 c.

**JARJAVAY. — Traité d'anatomie chirurgicale,** ou de l'Anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire. 2 vol. in 1852-1854.....

**HARDY. — De la diffusion moléculaire et de la dialyse dans leurs rapports avec la Physiologie.** In-8. 1862..... 50 c.

**HARDY. — Des effets toxiques de la digitaline.** In-8°, 1864..... 50 c.

**HAYEM et HENOCQUE. — Sur les mouvements dits amiboïdes observés particulièrement dans le sang.** In-8, 1866..... 1 fr. 50

**HEMEY. — Recherches sur le pouls** pendant les quinze jours qui précèdent ou qui suivent l'accouchement. In-8°, 1868. 1 fr.

**HENNEQUIN.** — Quelques considérations sur l'**Extension continue et les douleurs dans la coxalgie.** In-8°, 1869. 2 fr.

**HENNEQUIN.-De l'aspiration comme méthode thérapeutique,** considérée au point de vue physique, physiologique et mécanique. 1872..... 1 fr. 25

**HERVEY. — Pansements à l'ouate.** 1871-1872..... 2 fr. 50

**HERVIEUX. — Sur l'emphysème pulmonaire infantile.** 1861..... 1 fr.

**HOMOLE. — Expérimentations physiologiques** sur quelques **préparations de digitale.** In-8, 1860..... 75 c.

**HOUZÉ DE L'AULNOIT. — De l'empoisonnement par les graines de ricin.** In-8°, 1869..... 1 fr.

**HUCHARD. — Des causes de la mort dans la variole.** 1871..... 1 fr. 50

**HUCHARD et LABADIE-LAGRAVE.** — Contribution à l'étude de la **Dysménorrhée membraneuse,** 1870. 2 fr. 50

**HUETTE. — De l'arthrite dysentérique.** In-8. 1869..... 75 c.

**HUGUIER.** — Considérations sur les **Luxations du pied en avant ou de la jambe en arrière.** In-8°, 1868.... 75 c.

**HUGUIER.** — Considérations anatomiques et physiologiques pour servir à la **chirurgie du pouce.** In-8, 1873..... 2 fr.

**HYBORD. — Des maladies chirurgicales de la langue.** In-8, 1873. 60 c.

**JOLLY. — De l'Ulcération de la carotide interne** consécutive à la carie du rocher. 1866..... 1 fr. 25

**JOLLY** (Jacques). — Essai sur le **Cancer de la prostate.** In-8. 1869.. 1 fr. 50 c.

**JOULIN. — Mémoire sur l'emploi de la force en obstétrique.** 1867. 1 fr. 50

**JOULIN. — Anatomie et physiologie comparée du bassin des mammifères.** In-8, 1864..... 75 c.

**JOULIN. — Sur le bassin considéré dans les races humaines.** 1864. 1 fr.

**JOULIN. — Recherches anatomiques** sur la **Membrane Lamineuse,** l'état du chorion et la circulation dans le Placenta à terme. In-8. 1865..... 1 fr.

**JOUSSET. — De la Bronchotomie** ou **Trachéotomie** dans le traitement du croup. In-8, 1844..... 50 c.

**JOUSSET. — Des formes de la folie.** In-8, 1845..... 75 c.

**KARELL. — De la cure de lait.** In-8°, 1866..... 1 r.

**KELSCH. — Le typhus de guerre et la dysentérie,** selon R. Virchow. In-8, 1872..... 50 c.

**KERGARADEC (de).** — Quelques mots sur l'**École de Saint-Cyr, envisagée au point de vue de l'hygiène,** et sur les moyens de remédier à l'insalubrité de cet établissement. In-8°, 1863..... 50 c.

**LABBÉE (Ernest). — De l'Acide phénique** et de ses applications thérapeutiques. In-8, 1871..... 75 c.

**LABELONYE. — De la Digitale** et du meilleur mode d'emploi de cette plante. In-8°..... 50 c.

**LABOULBÈNE. — Du Liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant le cours du rhumatisme blennorrhagique,** 1872..... 50 c.

**LABOULBÈNE. — Sur le sable intestinal,** communication faite à l'Académie de médecine le 18 novembre 1873. In-8. 50 c.

**LACASSAGNE. — Des complications cardiaques dans la blennorrhagie.** In-8, 1872..... 60 c.

**LADAME. — Des tumeurs de la Protubérance annulaire.** In-8. 1865. .1 fr.

**LADREIT DE LACHARRIÈRE.** — Étude medico-légale sur un **cas de Simulation de folie pendant plus de trois mois.** In-8°, 1866..... 50 c.

**LALOY. — Deux observations de croup** traitées avec succès par la **trachéotomie.** 1849..... 50 c.

**LANCEREAUX. — De l'Amorose** liée à la dégénération des nerfs optiques dans les cas d'altération des hémisphères cérébraux In-8, 1864..... 1 fr. 50 c.

**LARCHER. — Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle.** In-8, 1864..... 50 c.

**LARCHER. — Des Phénomènes cadavériques** au point de vue de la physiologie et de la médecine légale. 1862. 75 c.

**LARCHER. — Des Polypes fibreux intra-utérins à apparition intermittente.** In-8°, 1867..... 1 fr.

**LARCHER.** — Mémoire sur un cas de **Sclérose générale de la protubérance annulaire.** In-8°, 1868..... 50 c.

**LARCHER.—Note sur un kyste séreux** développé primitivement dans l'épaisseur du **Muscle diaphragme.** In-8°, 1868. 75 c.

**LARCHER. — De la rupture spontanée de l'utérus** et de quelques autres particularités dans leurs rapports avec les

**polypes fibreux intra-utérins.** In-8°, 1867... ..... 1 fr.

**LASÈGUE et LEGROUX. — L'épidémie de scorbut** dans les prisons de la Seine et à la Pitié. In-8, 1871.. 1 fr. 50 c.

**LAUGIER. — Mémoire sur l'écoulement d'un liquide aqueux par l'oreille** considéré comme signe de fractures du crâne et en particulier du rocher. 60 c.

**LAUGIER** (Maurice). — **Des kystes séreux de la région parotidienne.** In-8, 1870..... ..... 50 c.

**LAUGIER** (Maurice).— **De la grenouillette hydatique.** 1871..... 40 c.

**LAURENCET. — Du coussin bivalve.** Nouvel appareil contentif pour les fractures du membre inférieur. In-8 avec planches, 1851..... 1 fr. 50 c.

**LAVERAN** (A.). — **De la fièvre typhoïde abortive ou fébricule typhoïde.** In-8, 1870..... 1 fr.

**LAVERAN** (A.). — **Des Dégénérescences qui se produisent dans les maladies aigües.** 1871..... 50 c.

**LECOMTE.** — Essai sur la **Physiologie mécanique du mouvement de rotation de la main.** In-8, 1874.. 75 c.

**LECOQ. — Deux observations d'ataxie locomotrice progressive.** In-8, 1861..... 50 c.

**LÉCORCHÉ. — Du strabisme convergent et du strabisme divergent** au point de vue médical et chirurgical. In-8, 1864..... 1 fr.

**LÉCORCHÉ. — De la cataracte diabétique.** In-8, 1861..... 1 fr. 25 c.

**LÉCORCHÉ. — Néphrite interstitielle hyperplasique ou sclérose du rein.** In-8, 1874.....3..... 1 fr. 75

**LECORCHÉ. — De la Dégénérescence amyloïde des reins.** In-8, 1874. 60 c.

**LÉCORCHÉ et MEURIOT.** — Étude physiologique et thérapeutique sur l'**Acide cyanhydrique.** In-8°, 1868..... 1 fr.

**LEGENDRE.—Du développement simultané de la vaccine et de la variole** et des modifications qu'exercent ces deux éruptions l'une sur l'autre. In-8, 1844..... 50 c.

**LEGENDRE. — Traitement de la pneumonie lobulaire chez les enfants,** par l'emploi réuni de la saignée et des vomitifs. In-8, 1844..... 50 c.

**LEGENDRE** et **BAILLY. — Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez les enfants.** In-8, 1844..... 1 fr. 75 c.

**LEGOUEST. — De la rupture spontanée des veines.** In-8°, 1867..... 75 c.

**LEGROS et Th. ANGER. — Des tractions continues et de leur application en chirurgie.** In-8°, 1868... 1 fr.

**LEGROUX. — De l'expectoration dite albumineuse après la thoracentèse.** In-8, 1873..... 1 fr.

**LEMATTRE. — Recherches expérimentales et cliniques** sur les Alcaloïdes de la famille des Solanées. In-8, 1865..... 1 fr. 50 c

**LE PLAT. — Des abcès de voisinage dans la pleurésie, pathologie et étude clinique des abcès des parois thoraciques.** In-8, 1865. 1 fr. 50 c.

**LESAUVAGE. — Tumeurs albumino-gélatineuses.** 1845..... 50 c.

**LEUDET.** — Étude clinique de la forme hyperesthésique de l'**Alcoolisme chronique et de sa relation avec les maladies de la moelle.** In-8°, 1867.. 1 fr.

**LEUDET.** — De la fréquence et de la forme des **Hydropisies observées à Rouen.** In-8°, 1868..... 50 c.

**LEVEN et OLLIVIER. — Recherches sur la physiologie et la pathologie du cervelet.** In-8, 1864..... 1 fr. 25 c.

**LIEBREICH. — De la prédisposition de la rétinite pigmenteuse** chez les enfants nés d'un mariage entre consanguins. In-8, 1862..... 25 c.

**LISLE. — Revue analytique et critique** des recherches modernes sur les **maladies mentales.** In-8, 1844. 50 c.

**LONGUET.** — Mémoire pour servir à l'histoire de la **coloration bleue des linges à pansement.** In-8, 1873..... 1 fr.

**LORDEREAU.** — Sur les **différents modes de production de la suppuration à la suite de l'érysipèle** et sur les variétés qu'elle présente. 1874. 50 c.

**LUTON. — Études sur la médication substitutive.** In-8, 1863..... 1 fr. 25 c.

**LUTON. — Injections de substances irritantes dans l'intimité des tissus malades.** 1867..... 1 fr. 50

**LUYS et Aug. VOISIN.** — Contribution à l'**Anatomie pathologique du cervelet, du bulbe et des corps striés dans l'épilepsie.** In-8, 1870..... 75 c.

**MAGITOT. — Note** sur deux cas de **réimplantation des dents.** 1865. 50 c.

**MAGITOT.** — Mémoire sur l'**Ostéo-Périostite alvéolo-dentaire.** 1867. 1 f. 25

**MAGITOT.** — Mémoire sur les **Kystes des mâchoires.** 1873..... 3 fr.

**MARCHANT. — Asphyxie et insufflation pulmonaire.** In-8°, 1867. 1 fr. 25

**MARCHANT. — Du forceps et du Levier.** In-8°, 1868..... 1 fr.

**MARROTTE.**—Considérations nouvelles sur la **Pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine.** 1873..... 50 c.

**MATHIEU.**— Recherches expérimentales et critiques sur les **luxations de la mâchoire inférieure.** In-8°, 1868.. 1 fr.

revue, corrigée et augmentée, avec la collaboration de M. E. MUSSAT, prof. de botanique à l'école de Grignon, 1 v. in-18, cart., avec 341 fig. intercal. dans le texte, 1874. 7 f. 50

**RODET (H.-J.-A.) — Botanique agricole et médicale** ou étude des plantes qui intéressent principalement les médecins, les vétérinaires et les agriculteurs. 2e édition, considérablement augmentée, avec la collaboration de C. BAILLET, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort. 1 très-fort volume in-8, avec plus de 900 figures intercalées dans le texte, cartonné. 1872..... 17 fr.

**ROLL**, professeur à l'Ecole vétérinaire de Vienne. — **Manuel de Pathologie et de Thérapeutique des Animaux domestiques**, traduit de l'allemand sur la 3e édit. par MM. les professeurs DERACHE et WEHENKEL, 2 vol. in-8, 1869..... 22 fr.

**SAINT-CYR**, Professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon. — **Recherches anatomiques, physiologiques et cliniques sur la pleurésie du cheval.** In-12, 1860..... 2 fr. 50 c.

**SAINT-CYR. — Nouvelles études historiques, critiques et expérimentales sur la morve, et spécialement de la morve chronique.** In-18. 1864. Prix..... 1 fr. 50

**SAINT-CYR. — Traité d'obstétrique vétérinaire** ou étude sur l'accouchement normal et laborieux de nos principales femelles domestiques. Un vol. grand in-8 avec 100 figures dans le texte. 1875. Prix : 14 fr.

**SANSON (A.). — Les Missionnaires du progrès agricole** (organisation économique de la médecine vétérinaire). 1 vol. in-18. 1858..... 3 fr. 50 c.

**SANSON (A.). — Le meilleur préservatif de la rage**, étude de la physionomie des chats et des chiens enragés, lésions, causes, degré de contagion du virus; remèdes antirabiques. 1 vol. in-12.... 1 fr.

**SERRES**, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse. — **Guide hygiénique et chirurgical pour la castration et le bistournage** du cheval, du taureau, de la vache, du bélier et du verrat. 1 vol. grand in-18, de 550 pages, avec des fig. intercalées dans le texte. 1861. 4 fr. 50 c.

**TAROURIN**, professeur à l'École vétérinaire de Lyon. — **Nouveau Traité de matière médicale, de thérapeutique et de Pharmacie vétérinaire**, 3e édition, revue, corrigée et augmentée. 2 forts vol. in-8, avec près de 100 figures intercalée dans le texte, 1875..... 25 fr.

**TOUSSAINT**, chef de service d'anatomie à l'Ecole vétérinaire de Lyon (*Voir ouvrages sous presse, page* 28).

**VATEL. — Eléments de pathologie vétérinaire.** 3 v. in-8, avec pl. 1828. 12 fr.

**Recueil de Médecine vétérinaire**, journal consacré à l'étude et aux progrès de la médecine vétérinaire et des sciences qui s'y rattachent, publié avec le concours d'un certain nombre de professeurs et de vétérinaires praticiens français et étrangers, sous la direction de M. H. BOULEY, inspecteur général des écoles vétérinaires. Un numéro de 80 à 100 pages chaque mois. Prix de l'abonnement annuel : **14** fr. **50** c. pour Paris; **16** fr. pour les départements, et pour l'étranger suivant les conditions postales.

**Annales de Zootechnie et de Médecine Vétérinaire**, publiées chaque mois par cahier de 2 feuilles in-8. — Rédigées par M. DARBOT, Vétérinaire à Langres et CORNEVIN, Vétérinaire à Montigny-le-Roi (Hte-Marne). Prix de l'abonnement **8** francs par an.

**Journal de Médecine vétérinaire militaire**, publié sous la direction de MM. GOUX, GOYAU, HUGOT, MERCHE, SIPIÈRE et MITAUT, Vétérinaires principaux, paraissant depuis le mois de juin 1862, par numéros de 4 feuilles in-8. — Prix de l'abonnement annuel, **10** fr. pour la France et l'Algérie et **13** fr. pour l'Etranger.

## TABLEAUX SE COMPOSANT CHACUN D'UNE FEUILLE IN-PLANO ET COMPRENANT :

1° **Les Formes extérieures et l'Anatomie élémentaire du Cheval**, 8 figures dont 6 coloriées, avec explication ..... Prix. 2 f. 50 c.

2° **L'Age des animaux domestiques**, 42 figures noires avec explication..... 1 50

3° **Les Tares et les défectuosités du Cheval**, 50 fig. noires, avec explication.. 1 50

4° **De l'Anatomie élémentaire, des maniements et des coupes de boucherie du Bœuf**, 10 figures dont 6 coloriées..... 2 50

5° **La ferrure du Cheval, du Mulet et du Bœuf**, 59 fig. noires avec explication. 1 50
Par M. MÉGNIN, Vétérinaire en 1er au 25e régiment d'artillerie.

6° **Les principales races de Chiens et les maladies dont ils sont généralement atteints**, 30 fig. avec texte, par E. WEBER, vétérinaire à Paris. Prix. 2 f. »

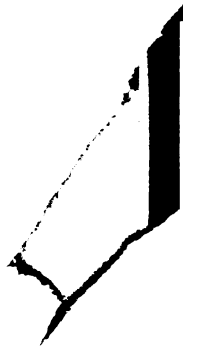
Chaque tableau se vend séparément, et quand il est collé sur toile, il coûte 1 fr. de plus.

## NOUVELLE ICONOGRAPHIE FOURRAGÈRE

Histoire botanique, économique et agricole des plantes fourragères et des plantes nuisibles qui se rencontrent dans les prairies et les pâturages, par MM. **Gourdon**, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse et **Naudin**, vétérinaire en 1er au 19e d'artillerie.

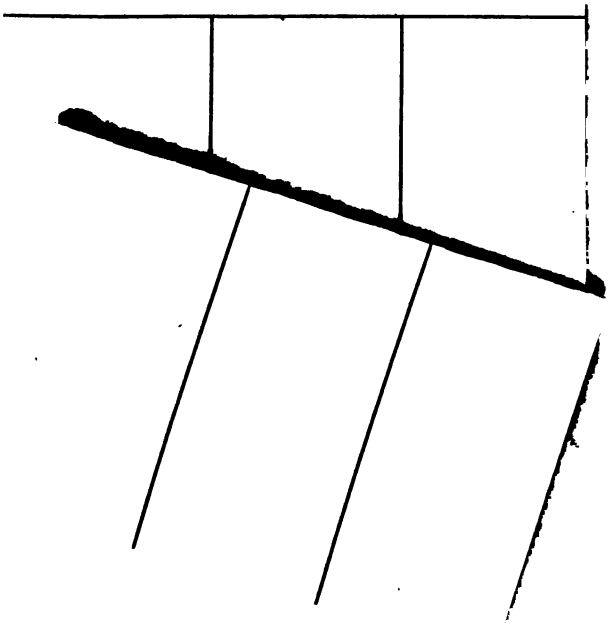
L'ouvrage se compose de 126 très-belles planches très-bien coloriées et de près de 900 pages de texte format in-4°. PRIX : **100** fr. broché : **120** fr. relié en 2 volumes.

53394 Imp. Vve RENOU, MAULDE & COCK, R. Rivoli, 144, à PARIS.



LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.



1° Les F
riées, a
2° L'Age d
Les Tar
de l'